

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N.°

161

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 27 janvier 1904, à 1 heure

Par **G. DARCANNE**

Ancien interne provisoire en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris.
Médaille de bronze de l'Assistance Publique

CONTRIBUTION

AU

DIAGNOSTIC CLINIQUE

DE LA DÉMENCE PRÉCOCE

Président : M. BRISSAUD, professeur.

*Juges : } MM. TILLAUX et TERRIER, professeurs.
 } ROGER, agrégé.*

Le candidat devra répondre aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, rue Monsieur-le-Prince, 26

1904

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen		M. DEBOVE.
Professeurs		MM.
Anatomie.		P. POIRIER
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale	}	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale		BRISSAUD.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE.
Histologie.		CORNIL.
Opérations et appareils		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.		BERGER.
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		GILBERT
Médecine légale.		N....
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.		DEJERINE.
		CHANTEMESSE
		HAYEM.
Clinique médicale.	}	DIEULAFOY.
		DEBOVE.
Maladies des enfants		LANDOUZY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		JOFFROY.
Clinique des maladies du système nerveux.		GAUCHER.
		RAYMOND.
Clinique chirurgicale.	}	TERRIER.
		DUPLAY.
Clinique ophtalmologique.		LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.		TILLAUX.
Clinique d'accouchements		DE LAPERSONNE
Clinique gynécologique		GUYON.
Clinique chirurgicale infantile		BUDIN.
		PINARD.
		POZZI.
		KIRMISSON.

Professeurs honoraires : MM. JACCOUD, FOURNIER et FARABEUF.

Agrévés en exercice.

MM.			
ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA	LEPAGE	THIERY
BESANÇON	TOURETTE	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOSSET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (Aug.)	GOUGET	MERY	VAQUEZ
BROCA (André)	GUIART	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	HARTMANN	REMY	WALTHER
CUNEO	JEANSELME	RENGN	WIDAL
DEMELIN	LANGLOIS	RICHAUD	WURTZ
DEGREZ	LAUNOIS	RIEFFEL (chef	
DUPRE	LEGRY	des trav. anat.)	

Le Secrétaire de la Faculté : M. GRISEZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798. l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A M. LE DOCTEUR SÉGLAS

Médecin de l'Hospice de Bicêtre.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR BRISSAUD

Professeur de pathologie interne à la Faculté de Médecine
Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

Nous sommes heureux de pouvoir remercier au début de notre travail les nombreux maîtres qui nous ont enseigné l'art difficile de guérir : le D^r RECLUS, dans le service duquel nous avons été initié à la chirurgie, le D^r HIRTZ qui le premier nous fit entrevoir les difficultés de l'art médical et du traitement des diverses maladies. Remercions aussi les D^{rs} SCHWARTZ, ROUTIER, qui ont bien voulu nous accueillir dans leur service en qualité de bénévole. Nous avons eu le bonheur de passer une année chez le D^r KIRMISSON en qualité d'externe : nous y avons appris la chirurgie infantile, la chirurgie conservatrice. Enfin nous avons rempli les fonctions d'interne chez le professeur HAYEM et nous garderons le meilleur souvenir de son enseignement.

Il en est de même de l'année que nous avons passée chez le D^r DELBET, qui nous a montré et enseigné ce que peut un chirurgien instruit et soucieux de l'asepsie.

Nous voulons aussi remercier le D^r BOURNEVILLE chez qui nous avons également rempli les fonctions d'interne. Enfin nous avons eu le bonheur de suivre les leçons du D^r SÉGLAS, dont la sollicitude a été constante pour nous. Nous lui dédions notre travail qu'il a inspiré et qui n'est que le résumé de ses idées sur la démence précoce.

INTRODUCTION

Dans le travail que nous nous proposons de faire, nous avons l'intention d'étudier la démence précoce, uniquement au point de vue clinique. C'est à dire que, laissant de côté l'étiologie, l'anatomie pathologique, la psychologie pour nous le problème se pose ainsi : Etant donné un malade à une période peu avancée, est-il possible de poser le diagnostic de démence précoce ? est-il possible de prévoir que ce malade, en état de délire, de stupeur, d'excitation, va évoluer vers la démence (premier point du problème) et vers une démence spéciale, la démence précoce (second point du problème).

Pour essayer de résoudre ces deux questions, nous étudierons dans leurs caractères particuliers les signes cliniques principaux qui semblent distinguer les malades de ce genre.

Nous présenterons à cet effet une série de malades, dont l'étude et l'examen le plus approfondis possible

nous permettra, mieux que les longues dissertations, de prouver que le diagnostic de la démence précoce est le plus souvent possible et même à une période peu avancée de son évolution.

Ces malades que nous observons depuis trois années dans le service de notre maître le D^r Séglas, à Bicêtre, qui a bien voulu nous aider pour cette thèse de ses conseils si éclairés, sont tous des déments précoces dont le diagnostic est à l'heure actuelle relativement facile à faire. Mais beaucoup, à leur entrée, étaient étiquetés de diagnostics divers, et nous avons pu observer quelle voie notre maître a suivie, quels moyens d'examen il a employés, pour arriver au diagnostic de démence précoce que la suite des faits a d'ailleurs confirmé.

Cette thèse ne sera donc qu'un essai de séméiologie et de diagnostic cliniques.

CHAPITRE I

La dénomination : démence précoce.

La conception nosographique actuelle de la démence précoce, née des premiers travaux de Hecker, Kahlbaum, a été créée surtout par l'école d'Heidelberg, sous l'impulsion du professeur Kræpelin.

Celui-ci reprenant la catatonie de Kahlbaum, l'hébéphrénie de Hecker, synthétisa ces deux types morbides, et élargissant le cercle, en y ajoutant ce qu'il appela « la démence paranoïde » décrivit une affection pour lui une et bien limitée, la démence précoce.

Cette nouvelle conception eut un grand retentissement et fut l'origine de nombreux travaux sur la démence précoce, qui est devenue une question à l'ordre du jour en pathologie.

Mais l'accord ne s'est pas encore établi entre les auteurs ; les uns admettent la démence précoce comme groupe nosologique spécial ; les autres ne la distinguent pas des démences dites vésaniques ou secondaires

dont elle ne serait qu'une variété à évolution plus rapide.

Lorsqu'on étudie la bibliographie de la question et que l'on cherche à faire en quelque sorte la critique des critiques adressées à la conception de Krœpelin on arrive à penser qu'elles pourraient se classer en plusieurs catégories.

Les unes sont des critiques de fait, mais ne s'adressent qu'à des détails, n'envisagent que la valeur ou l'interprétation de tel ou tel symptôme spécial du tableau clinique, de telle ou telle période de l'évolution de la maladie.

D'autres se placent à un point de vue plus général, mais qui semble surtout un point de vue de doctrine. La contestation paraît résider surtout alors dans le point de départ différent de méthode et de doctrine, et s'adresser peut-être moins en réalité à la conception de Krœpelin sur la démence précoce elle-même qu'à sa conception générale de l'aliénation mentale.

Enfin, il ne faut pas oublier les critiques de mots ; et l'on ne doit pas s'étonner que les deux termes de l'étiquette démence précoce, par cela même qu'ils semblent synthétiser les caractéristiques saillantes de l'affection aient pu fournir matière à de nombreuses objections bien que Krœpelin lui-même se soit expliqué à leur sujet.

Ce n'est pas une démence, a-t-on dit : ces individus qui agissent, qui sont capables de raisonnement, qui ont une certaine mémoire des faits, qui répondent aux questions qu'on leur pose, qui d'ailleurs vivent souvent

fort longtemps, ne sont pas déments, la démence étant par définition la ruine complète des facultés intellectuelles, en même temps que la déchéance totale des fonctions physiques.

Et que signifie précoce ? Ce qualificatif n'a-t-il en vue que l'âge jeune des sujets ? Or la précocité n'est pas un des caractères particuliers de la démence dite démence précoce, mais elle est bien plutôt due à la forme morbide quelle qu'elle soit qui a entraîné la *démence de façon précoce*, parce que le sujet était jeune ou constituait de par ses antécédents un terrain de moindre résistance.

Précoce voudrait-il dire qui apparaît rapidement ? Mais alors comment certains individus dits déments précoces mettent ils quinze ans, vingt ans avant d'arriver à la démence classique, si toutefois ils y arrivent jamais ?

Faut-il s'arrêter à ces objections qui ne sont qu'une discussion de mots ?

En se plaçant sur le terrain clinique, en observant la symptomatologie, l'évolution comme l'a fait Kræpelin, en tenant compte de sa méthode, on pourra peut-être lui reprocher d'avoir étendu trop loin le cercle de sa démence précoce, lorsqu'il y a rattaché toutes les formes paranoïdes (ces formes comprennent la grande majorité des délires des persécutions), mais dans l'ensemble la description qu'il a donnée de la démence précoce semble bien répondre à un type clinique défini.

Nous tâcherons donc de montrer que la démence

précoce est bien une affection spéciale de caractère démentiel et qu'elle comporte en ce sens des signes spéciaux, ce qui est d'une importance extrême au point de vue du diagnostic et du pronostic, qu'elle est une maladie distincte, « aussi autonome que l'est la paralysie générale. » (P. Sérieux).

CHAPITRE II

La démence précoce est une démence.

Qu'entend-on par démence ? On entend couramment par démence, état démentiel, la ruine complète des facultés, la déchéance totale, physique et surtout psychique de l'individu. Si on l'entend dans ce sens, le nombre des déments devient restreint en pathologie mentale.

Nous ajoutons vite que c'est par un véritable abus de langage que l'on a pu prendre le mot démence dans un sens aussi restreint et qui ne s'applique qu'à la démence confirmée, complète. En réalité la démence est un processus de déchéance plus ou moins rapide mais progressive des facultés mentales pouvant aboutir en dernier terme à leur ruine complète.

Il est donc évident que la démence comporte des degrés et que par suite le tableau clinique d'une démence au début, diffère sensiblement de celui d'une démence totale. Mais dès lors que l'on constate des signes de diminution intellectuelle, durables, et tendant à s'accroître, on peut admettre qu'il y a démence.

Les exemples n'en sont-ils pas fréquents dans la clinique journalière.

C'est ainsi que le paralytique général au début, dont la folie se manifeste par des troubles passagers de la mémoire, par des actes bizarres, incompréhensibles, non motivés, sera reconnu par tous comme un être affaibli au point de vue intellectuel ; et cependant, dès le début de cette paralysie générale, nous ne parlons pas de démence, nous ne disons pas : « Cet individu est atteint de démence paralytique, mais plus simplement est atteint de paralysie générale. » C'est que, au début, la démence qui plus tard dominera la scène, est difficile à déceler ; elle est au second plan, souvent voilée par le délire, par des idées de grandeur qui occupent l'esprit du malade. Mais elle n'en existe pas moins et c'est même le fait important que la présence de cette démence sur laquelle sont greffées les autres symptômes et de laquelle ils tirent leurs caractères cliniques particuliers, et qui d'abord, à l'état embryonnaire, va bientôt terrasser le malade et en faire un être dénué de tout sentiment, incapable de se diriger, de se conduire dans la vie. Si au lieu de considérer un paralytique général, on considère un dément précoce, on pourra faire les mêmes réflexions.

Chez le dément précoce au début, comme chez le paralytique général au début, la démence ne transparaît pas de prime abord. Il faut savoir la rechercher. Si on examine avec soin le malade, on voit que le dément précoce est bien un dément, si l'on considère le passé du malade, si l'on considère ce qu'il était en

état de faire auparavant, un état de déchéance intellectuelle net et souvent assez considérable est facile à déceler.

En même temps si l'on suit le malade, si on ne le perd pas de vue à travers toutes les rémissions apparentes qu'il peut avoir, on voit que cet affaiblissement intellectuel va en augmentant peu à peu et aboutit tôt ou tard à la démence. Cette démence peut mettre fort longtemps à arriver à son apogée (10, 15, 20 ans) et c'est ce qui a fait dire à beaucoup d'auteurs que ces malades n'étaient pas des déments.

Mais cette démence est malgré tout une démence précoce parce quelle est *primitive*, c'est-à-dire qu'elle existe dès le début de l'affection, qu'elle est le fondement de la maladie et que, de même que pour la paralysie générale, c'est sur elle que reposent les symptômes de détail, c'est d'elle qu'ils tirent leurs caractères spéciaux.

Pour bien fixer les idées, examinons un malade de notre service, qui nous fournit un beau type de démence précoce.

Observation I (*Inédite*).

C..., âgé de 45 ans, entre à Bicêtre le 15 juin 1900.

Pas de renseignements précis sur les antécédents de famille. Accidents rachitiques dans l'enfance qui ont retardé la marche jusqu'à l'âge de 4 ans. Développement intellectuel normal; l'enfant était même très intelligent, et plus tard, une

fois à l'école, obtint un prix de la ville de Paris. Il apprit ensuite rapidement le métier de peintre-décorateur.

Les premiers accidents se sont manifestés au moment de la puberté, vers l'âge de 15 ans. C'étaient des sortes d'étouffements, sans vertige, sans perte de connaissance, sans attaque de nerfs.

Pour se soulager, il s'asseyait dans un fauteuil, fléchissait ou défléchissait la tête, se tournait à droite ou à gauche, en ouvrant la bouche pour faire des efforts d'inspiration. Dès ce moment, il cessa de travailler, passant ses journées anéanti dans son fauteuil, et faisant des mouvements de tête qui ne tardèrent pas à devenir un véritable tic qui n'a jamais disparu depuis.

Très rapidement survint une période d'agitation, avec violences, actes désordonnés, idées délirantes, incohérentes de persécution, mystiques, de grandeur (on lui faisait des misères, il était riche, Gambetta lui avait donné un million, il était plus intelligent que Victor-Hugo, il allait acheter un navire etc...) d'hallucinations (il voyait Dieu), il entendait la voix de son père mort, des gens parler dans la nuit.

Cet état d'agitation délirante était fréquemment entrecoupé par des intervalles irréguliers de dépression dans lesquels il fallait le stimuler à tout propos pour le faire sortir de son inertie, pour le faire parler, manger, s'habiller.

Ces alternatives irrégulières persistèrent ainsi pendant six ou sept ans au bout desquels le malade entra définitivement en démence. Depuis lors, c'est-à-dire depuis près de vingt ans, son état n'a pas sensiblement changé.

Nous examinons ce malade le 19 mai 1903.

Le malade s'assied devant nous, dans un maintien caracté-

ristique, le tronc assez fortement incliné en avant et non voûté, les bras écartés du corps, les poings fermés s'appuyant sur les genoux ; mais, secoué par des tics incessants, il ne garde guère longtemps la même attitude ; les épaules se soulèvent et s'abaissent brusquement. Le cou se tourne à droite ou à gauche deux ou trois fois de suite, les yeux se lèvent au plafond, puis regardent obliquement ; la bouche se pince, fait la moue.

De plus, presque continuellement, le malade présente un rire épanoui accompagnant des phrases qui n'ont rien de risible, et qui donne à sa physionomie une expression moqueuse. Même lorsqu'on ne lui parle pas, l'expression de son œil n'est pas vague, il est au contraire animé en même temps que narquois.

Sa façon de parler est particulière.

Le ton est un peu prétentieux, surtout à la fin des phrases, dont certaines sont des aphorismes.

Il abrège parfois ses mots, n'en prononçant que la moitié. « Je suis fil » pour je suis fileur (peintre-décorateur). Le crayon est tomb. Et lorsqu'on le reprend : « Ah oui ! tombé, tombé », et il se plaint qu'ici (à Bicêtre) il a de la difficulté à s'exprimer.

Il scande ses mots, s'interrompant au milieu de l'un d'eux pour reprendre une inspiration bruyante, comme spasmodique, puis immédiatement après vient une véritable explosion de syllabes.

Enfin il répète presque constamment deux ou trois fois les derniers mots de ses phrases. Le tout est accompagné de ses mouvements brusques, choréiformes du cou et des épaules qui rythment en quelque sorte ses mots.

Pourquoi ces tics ? lui demande-t-on, ces mouvements incessants ? — C'est pour être actif, actif, parce que j'ai de l'initiative.

Et pourquoi riez-vous ? — Parce que je suis un jeune

homme, un jeune homme, parce que je suis gai, je suis gai parce que je suis gai.

Mais en réalité ces explications ne sont que des mots et non une justification réelle d'un état intellectuel.

A signaler que lorsque le malade mange, il présente également des tics bizarres, « fait des manières ». Avant de porter à sa bouche un aliment quelconque, il lève les bras à la hauteur de sa poitrine, puis sa main décrit plusieurs circonférences et brusquement se dirige vers son orifice buccal. Ce geste stéréotypé est répété à chaque préhension d'aliments. Si on lui demande pourquoi, il gesticule ainsi, il répond : « Mais et vous-même comment mangez-vous ? »

Il se promène dans la cour les jambes écartées, comme en spasme, les épaules haussées, l'œil hautain. Constamment il tourne la tête vers la droite plusieurs fois de suite, semblable à un malade atteint de torticolis spasmodique. Les muscles peauciers de son visage sont sans cesse en contraction. Il fait des grimaces, plisse le front, fait la moue, écarte les commissures de ses lèvres, contracte violemment son peaucier. Il marche à grands pas, en écartant les jambes, et arrivé au mur s'arrête avec peine, heurtant parfois un objet ou une personne. Pour faire demi-tour, il a quelque hésitation et se tourne avec raideur et brusquerie.

Malgré cela ses réflexes ne sont pas très exagérés, et se rapprochent beaucoup de la normale. Pas le moindre phénomène spasmodique dans les jambes. Pas de signe d'Argyll-Robertson. Les pupilles sont égales, régulières, en état de dilatation moyenne et réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. Il ne présente pas de troubles vaso-moteurs bien accentués : un

peu de dermatographie. Les mains et les pieds sont légèrement cyanosés.

Au point de vue de l'intelligence il semble qu'il y ait un écart entre ce qu'on attendrait de cet individu qui remue constamment et grimace, rit sans raison, et ce qu'il dit.

La mémoire persiste, il est capable de quelque raisonnement.

Il sait que sa mère vient le voir tous les 15 jours.

Il se rappelle les différents établissements où il a passé.

La notion du temps est vague évidemment. Il sait qu'il est né en 1855, que l'on est actuellement en 1903. Mais si on l'interroge sur son âge il répond qu'il a 20 ans. — Comment, 20 ans ? — Oui, les années passent vite, il faut arrêter la nature, j'ai 20 ans, 20 ans, j'ai 20 ans.

Gambetta et Victor Hugo occupent particulièrement sa pensée. Il sait qu'ils sont morts, l'un est aux Gardies, l'autre est au Panthéon. Il juge que ce qu'ils ont fait n'était « pas mal ».

Son langage est émaillé parfois d'expressions particulières et impossibles à comprendre si on n'en possède la clef. Ainsi à propos de Gambetta, parlant de l'époque qui suit la guerre de 1870 il dit : « c'était pendant la série des 7. » Les 7 lui fait-on expliquer représentent les 10 années qui commencent par ce chiffre : 1870-71-72, etc.

Il lisait dernièrement encore, il y a deux mois, les journaux. Il donne son avis sur le renvoi des congrégations. L'affaire Dreyfus est pour lui une vieille histoire.

Mais, maintenant, rien ne l'intéresse plus. « Sous des titres différents, les articles ne font que répéter toujours la même chose. »

Il ne s'occupe plus qu'à manger et à se promener. « Il se laisse vivre ».

En résumé ce malade n'est pas désorienté ni dans le milieu où il vit ni dans le temps. Au point de vue de ses manifestations intellectuelles, on voit qu'il peut porter encore une certaine appréciation sur les faits passés et sur les faits présents (lecture des journaux). Mais il est devenu *indifférent* à tout. Aucun événement ne l'émeut, ne l'intéresse.

Sa volonté est diminuée. Il ne demande rien, vit au jour le jour, ne réclame jamais sa sortie, se laisse conduire là où on le conduit.

Son attention seule paraît à peu près conservée.

Il reconnaît les divers objets qu'on lui présente, fait attention à ce qu'on lui dit, et donne en général des réponses satisfaisantes.

De la lecture de cette observation nous mettrons trois points en lumière :

- 1° L'état de déchéance du malade ;
- 2° La progression de cet état de déchéance ;
- 3° Le caractère précoce primitif de la démence avec certains symptômes spéciaux.

I. — Nous trouvons dans cette observation tous les caractères de la démence, autrement dit de la déchéance des fonctions de la vie psychique.

Intelligence, mémoire, volonté sont très diminuées. L'attitude du malade est grotesque ; son visage exprime des idées qu'il n'a pas, ses gestes sont en contradiction permanente avec ses actes. Il n'a plus aucune activité intellectuelle. Il passe son temps à déambuler dans la cour, qu'il parcourt toujours dans le même sens, et à pas comptés ; il ne lit plus, ne s'occupe plus de ceux

qui l'entourent, ni des événements du jour. Il se laisse conduire là où on le mène, sans résistance, ne paraît mécontent de rien. En un mot sa vie intellectuelle est nulle : il ne raisonne plus, ne porte plus aucun jugement, à moins qu'on ne l'y invite. Les souvenirs qu'il avait conservés paraissent même s'effacer peu à peu. Il ne parle plus comme autrefois de façon spontanée de ces grands hommes (V. Hugo, Gambetta) dont les œuvres l'avaient tant passionné : aujourd'hui il faut qu'on le mette sur la voie, qu'on l'incite à en parler. Il émet alors une phrase quelconque sur eux. « Ce qu'ils ont fait, n'est pas mal » et il retombe dans son apathie habituelle, ou plutôt dans ses ties incessants. En un mot ce malade a perdu une grande partie de son activité intellectuelle. Sa mémoire, sa volonté, son jugement sont diminués. *C'est un individu en état de déchéance.*

II. — À côté de cet état de déchéance que nous venons de noter, il faut aussi insister sur la *progression de cette déchéance*. Ce malade, intelligent à l'âge de 15 ans, d'une grande activité a vu peu à peu ses fonctions intellectuelles baisser. Au début, sorti de sa phase d'anéantissement, il lisait encore les journaux, s'occupait des faits du jour, des grands hommes de l'époque ; il répondait correctement aux questions qu'on lui posait, exprimait son opinion sur telle ou telle chose ; aujourd'hui il n'émet plus d'avis personnel ; il est pour ainsi dire occupé uniquement à ses ties, à ses grimaces ; peu à peu il s'est désintéressé des faits du jour, de la littérature. Il a délaissé les journaux et il en est arrivé bientôt à ne rien faire. Son occupation unique est de

déambuler à travers la cour en secouant les épaules. Il ne cause plus, à moins qu'on ne lui adresse la parole. Il n'est plus comme autrefois prétentieux il ne parle même plus de la force de son biceps.

En un mot c'est un individu *en état de déchéance*, mais cette déchéance est survenue d'une façon spéciale, *d'une façon progressive*. Cette démence (troisième point) est apparue dès le début de l'affection : elle est primitive, elle est précoce. En effet l'affection a débuté chez lui par une phase de dépression, d'anéantissement de l'activité intellectuelle accompagnée d'idées délirantes épisodiques, d'hallucinations et de mouvements étranges.

Cette diminution précoce de l'activité intellectuelle était déjà comme la suite l'a montré depuis, la signature de la déchéance. Déjà à cette époque le malade ne pouvait plus s'habiller ni se déshabiller, il était « inerte » dit sa mère.

Il avait déjà ces tics moteurs si bizarres qui se sont accentués depuis sans qu'il puisse en fournir une justification plausible. Dès le début aussi son intelligence a baissé ; son activité a disparu. Il n'aimait plus son métier, son travail. « Ce n'était plus le même individu », dit sa mère, il était beaucoup moins intelligent qu'auparavant. On peut donc dire que chez lui la démence a apparue de façon précoce, elle a été primitive.

Mais cette démence a quelque chose de particulier. Le malade n'est pas semblable, par exemple, au paralytique général en état de déchéance, qui ne vit plus que

de la vie végétative, qui ne prononce que des mots sans suite, n'émet jamais aucune idée, ne répond à aucune des questions qui lui sont posées. Nous trouvons chez lui des signes particuliers, spéciaux et d'une importance extrême, que nous ne trouvons d'ailleurs pas dans les autres démences.

Celui qui frappe le plus est la présence de tics. Le malade est sans cesse agité par des soubresauts, par des mouvements choréiformes. Il tourne brusquement la tête. Ses yeux roulent dans l'orbite. Tous ces gestes, tous ces tics, stéréotypés n'ont aucun but, aucune raison d'être. Si l'on interroge le malade à ce sujet, ou il ne répond rien ou il donne une explication absurde. Ainsi lorsqu'on demande à C... « Pourquoi avez-vous ces soubresauts du cou ? » — Parce que j'ai de l'initia-tive, répond-il.

Son attitude si bizarre est un symptôme de même caractère. Cet air hautain et narquois ne répond à aucune idée ambitieuse.

A côté de ces tics, nous trouvons encore un autre symptôme qui n'est pas fréquent dans les démences : nous voulons parler du maniérisme.

Le malade, par exemple, ne marche pas d'une façon normale. Il rehausse les épaules, écarte les jambes, a une démarche scandée. Arrivé devant le mur, il se tourne tout à coup, avec brusquerie, et reprend sa marche bizarre. Pourquoi ? — Il ne le sait pas.

S'il mange, sa main décrit plusieurs cercles rapides, avant d'introduire ses aliments dans sa bouche. Pourquoi ? Il n'en donne aucune raison. Il se contente de

répondre : Et vous comment mangez vous donc ?.

Sa façon de parler est également spéciale. Il répète souvent les mêmes mots avec emphase. « J'ai de l'initiative, de l'initiative, de l'initiative ». Son langage est imagé, souvent incompréhensible à cause des ellipses qu'il commet incessamment.

Un symptôme important qu'il faut signaler est cet achoppement, cette contrainte dans les actes, que présente C... Ce phénomène est surtout visible lorsque le malade marche... Sa démarche est pour ainsi dire spasmodique. Il ressemble un peu à cescas de Thomsen où le malade ne se met en marche qu'avec difficulté, avec hésitation ; seulement ici ce phénomène se renouvelle à tous les pas, ou du moins à presque tous les pas. Cet achoppement se retrouve aussi dans sa parole. Le malade lui-même se plaint d'avoir de la difficulté à parler. Malgré tous ces signes de raideur, on ne constate, aucune exagération des réflexes, aucun phénomène de spasmodicité.

Le malade soliloque constamment, soit en marchant, soit au repos, dans la solitude et en public. Ces soliloques ont lieu généralement à voix haute. C'est encore un symptôme assez spécial, que l'on ne retrouve pas dans l'évolution de toutes les démences.

Un symptôme qui frappe encore chez ce sujet c'est l'indifférence émotionnelle. Rien ne le touche. Alors que le dément sénile, le paralytique général, le dément toxique pleure sur son sort, gémit sur ses petits enfants, s'émeut des moindres événements, le dément que nous analysons reste impassible devant tout. Il ne veut plus

lire les journaux : « c'est toujours la même chose », dit-il. Si une rixe se produit en sa présence, entre deux malades, il ne s'émeut aucunement ; il passe son chemin sans interrompre son soliloque, sans se départir de son attitude étrange. Il sait que ses parents viennent le voir, tous les 15 jours. Il en parle, si on l'interroge ; mais jamais il n'a pour eux la moindre parole affectueuse : il les accueille comme des étrangers. Il converse avec eux de la même façon qu'avec une personne qu'il connaît à peine.

Un fait encore plus important peut-être, mais que l'on ne remarque pas de prime abord, fait qu'il faut rechercher, c'est que cet individu à allure bizarre, ce malade constamment agité de tics, n'est pas dément au même titre que les autres.

Si l'on ne tient compte que de l'absurdité de son attitude, on conclura rapidement que son contenu intellectuel est nul ou presque nul. Cela n'est pas ou du moins ce n'est qu'une apparence. Les facultés intellectuelles ne sont pas absolument éteintes. Sa mémoire, son jugement, son raisonnement ne sont pas totalement disparus. Ce qui crée cette illusion, c'est que le malade ne sait pas se servir de ce qu'il sait. Si on ne l'interroge, si on ne suscite pas en lui des associations d'idées, il pourra sembler un être en état de déchéance complète. Ses facultés, ses idées quoique diminuées sont d'un autre côté comme endormies, il faut savoir les réveiller.

Ce malade qui est évidemment un dément, est un dément très particulier : en effet, outre l'affaiblissement net des facultés intellectuelles, apanage de tout dément,

nous trouvons d'autres signes très importants : *tics*, *maniérismes*, *grimaces*, *stéréotypies*, *négalivisme*, *contrainte dans les idées et dans les actes*, *soliloques*, *indifférence émotionnelle*, *absurdité de l'attitude par rapport au contenu intellectuel*.

La présence de ces signes très particuliers nous autorise à en faire un dément particulier : nous disons que c'est un dément précoce, non pas uniquement comme on pourrait le croire, parce que l'affection démentielle a débuté dans le jeune âge mais surtout à cause des signes physiques et psychiques que nous avons rencontrés chez ce malade et surtout parce que cette démence qui est apparue de façon progressive, a débuté avec les premiers signes de la maladie et s'est manifestée comme une démence primitive.

Nous venons de dire pourquoi nous étiquetons ce dément, dément précoce. Nous allons maintenant analyser chacun des signes qu'il présente, et en indiquer la valeur.

A propos de ces signes nous présenterons des observations de malades chez qui le symptôme est très net.

En même temps nous analyserons quelques phénomènes que l'on ne retrouve pas dans l'observation précédente, mais qui n'en ont pas moins une grande valeur : nous voulons parler du *rire explosif*, de la *catatonie du Wortsalat*, de la *lenteur des réactions*, de la *protrusion des lèvres*.

CHAPITRE III

Tics. — Grimaces.

En 1877, Hecker, rapporta son cas célèbre dans lequel, frappé par la présence d'un rire incoercible, convulsif, d'un rire explosif, qui s'était présenté quelques années avant l'éclosion de tout symptôme et au milieu des occupations les plus sérieuses, il tira de ce fait des conclusions, très précises, et porta le diagnostic d'hébétéphrénie en concluant à un pronostic sérieux, à une évolution rapide vers la démence. Son opinion fut d'ailleurs confirmée : la présence de ce rire explosif, que rien n'expliquait, avait été suffisante pour lui faire porter un diagnostic précis et un pronostic grave.

Observation I (de HECKER) (1)

Pasteur I... âgé de 31 ans, colloqué vers la mi-février 1877. Pas d'hérédité, faiblesse corporelle, bien doué, caractère bon, actif, a toujours été un peu nerveux.

1. HECKER *Arch. für Path. Anat.* 1877.

Les dernières années sont marquées par quelques contrariétés qui ont affecté son corps et son esprit.

Les derniers temps avant la collocation, augmentation de l'état dépressif et de la nervosité. *Un des premiers symptômes constatés fut un rire incoercible convulsif, qui se présenta, quelques années avant l'éclosion de sa maladie, au milieu de ses occupations les plus sérieuses, pendant sa prière du matin par exemple.*

Il avait conscience de cette anomalie et cela lui était très préjudiciable

Il tâchait d'y obvier de toutes ses forces. Son humeur devenait de plus en plus noire.

Le 6 février, il fit encore un sermon. Les jours suivants, son humeur changea tout à coup et il devint très gai. Il fit des communications secrètes au sujet de sa situation, qui se présentait maintenant sous un tout autre aspect.

Le flambeau allait éclairer sa paroisse et le monde entier pourrait en jouir. Il écrit à son père : Mon sort se dessine actuellement comme un triomphe après un rude combat.

Il est à remarquer qu'avant il fut très doux et que maintenant il avait des tendances violentes.

Jusqu'au 14 février, il remplit assez convenablement ses fonctions. La dernière prédication, dans laquelle il voulut démontrer que les Allemands descendent des Juifs et pendant laquelle il fut très excité, nécessita sa collocation.

A un premier examen, dit Hecker, je fus frappé par son attitude singulière, ses mouvements roides et lents et sa physionomie d'une fixité caractéristique. Il m'apostropha d'un air onctueux et dit : Quelle est votre situation vis-à-vis de la foi. En dehors de l'exaltation religieuse et l'humeur un peu exagérée

qui en découlait, il faisait bonne impression et, les quatorze premiers jours, il fut tranquille. Six jours après, il écrit à sa femme : Je ne puis comprendre pourquoi l'on m'a conduit dans un asile d'aliénés ; mais je dois dire que Dieu ne m'abandonne pas ici et je puis vous garantir que je suis traité ici avec affection.

Hecker, dès ce jour, porte déjà le diagnostic de *catatonie*.

Le 28 février. — Le malade, un après-midi, se couche dans son lit et dit : Et sei ichon so, als, ob er eine Schwere Krankheit, etwa wie einem typhus bekommen würde. Il lui semble qu'il va gagner une maladie grave, une fièvre typhoïde, par exemple. •

Dès le 2 mars. — Il se produit une excitation plus grande et une confusion dans les idées. Il désigne les autres malades, qu'il connaît très bien, sous les noms de : chien, loup, cochon, etc., il chante le soir au lit, mais dort bien la nuit.

Le 3. — Il prêche : Que celui qui a des oreilles entende. On note quelques bizarreries d'attitude et, dans la nuit du 5, il fait du tapage et s'écrie : Dr H... est un empoisonneur, il veut m'empoisonner avec ses pilules empoisonnées ; hyènes, tigres, lions, je veux vous convertir tous ; je suis le disciple du Christ, et il continue à frapper avec le tire-botte sur la table. Conduit en cellule, il se déshabille et reste à prêcher dans cette pose les bras élevés depuis 4 heures jusqu'à 8 heures.

Puis on note des attitudes bizarres, du refus d'alimentation, l'occlusion prolongée des paupières, qui tremblotaient, une façon onctueuse de parler et du délire d'empoisonnement. Après quelques jours, calme relatif, attitudes singulières, défiance vis-à-vis du médecin, réponses très courtes (oui, non).

Quand je l'approchais, dit Hecker, il serrait les dents, et pas un muscle de la physionomie ne bougeait.

Le 1^{er} mai, il descend en chemise et se met encore une fois à prêcher : Convertissez-vous, le jour du Seigneur est proche. Puis il laissa tomber la chemise et il resta là tout nu et tout roide, urinant en pleine chambre. Puis il se coucha et dormit. Dans l'après-midi, il cause très bien avec le gardien et s'informe sur ce qui est arrivé, lorsque, tout à coup, il saute sur la table, se met sur la tête, les jambes en l'air.

Puis, peu à peu, le calme revient ; il reste les premiers temps un peu de mauvaise humeur vis-à-vis de sa famille et manifeste une tendance aux spéculations théologiques. Vers la moitié du mois d'août, il pouvait être remis en liberté, complètement guéri.

Dans ce cas se rencontrent donc du *mutisme*, du *négativisme*, le *refus des aliments*, le *désir de prêcher* (chez un pasteur, je trouve cela assez naturel), des *changements de noms*, de la *stéréotypie* dans les attitudes, les actes et les discours. Ni la flexibilité céréreuse, ni la catalepsie *n'ont été recherchées*, dit Hecker, je trouvais que sans elles, la catatomie était déjà suffisamment démontrée.

J'ajouterai, dit Hecker, que, six mois après, le malade est rentré dans l'établissement, présentant tous les symptômes de l'hébéphrénie, avec quelques traits de catatonie, et je me propose de revenir dans une communication prochaine sur ce point spécial.

Le rire explosif avait donc frappé Hecker et avait à lui seul permis à l'auteur de penser à l'évolution d'une maladie chronique et des plus graves, puisqu'elle devait aboutir à la démence.

Or il est un certain nombre de signes qui peuvent permettre de faire ce qu'a fait Hecker. Ces signes nous les avons déjà nommés.

Ce sont : les tics, les stéréotypies, le maniérisme, le négativisme, les monologues et verbigérations, le wortsalat, l'écholalie et échopraxie, les impulsions, etc.

Tics, grimaces.

Un des signes les plus importants et les plus intéressants est la présence de ces tics, et grimaces que l'on a déjà retrouvés chez C... (*Obs.* 1).

Le tic est un mouvement convulsif, habituel, résultant de la contraction involontaire d'un ou de plusieurs muscles du corps et reproduisant le plus souvent, mais d'une façon intempestive, quelque geste réflexe ou automatique de la vie ordinaire.

Ainsi défini, le tic est très fréquent chez les déments précoces et l'on peut dire que bien peu d'entre eux y échappent ; certains ont des tics manifestes, faciles à percevoir et à étudier. Tel malade porte constamment la main à son cou (*Obs.* 4), tel autre, quelque acte qu'il accomplisse, palpe sa région cardiaque (*Obs.* 4). Un troisième contracte d'une façon grotesque tous les muscles de son visage, pendant qu'il soliloque avec vigueur (*Obs.* 6).

Mais dans d'autres cas, les grimaces sont moins apparentes et il faut observer le malade avec grande attention pour découvrir la présence de tics : c'est un simple froncement des sourcils, un plissement du front

une protrusion des lèvres. Un de nos malades, à chaque phrase qu'il commence, porte lentement la main à la poche de son gilet, d'où il ne retire rien (*Obs.* 10).

Ces tics sont conscients, du moins d'une façon générale. Si on interroge le malade sur leur signification, il en donne une dans presque tous les cas : mais elle n'a pas de valeur et ne peut être prise au sérieux. P... dément catatonique du service, explique ses tics de la façon suivante : « Tout ce que j'entends m'énerve : il faut bien que je me défende. C'est pour sauver la religion, et d'autres fois il se contente de dire qu'il ne sait pas, que c'est plus fort que lui. C... (*Obs.* 1) dit qu'il grimace « parce qu'il a de l'initiative ».

Si ces tics sont conscients, il n'y a en revanche aucune idée derrière eux. Ils ne répondent à rien ; ils n'ont aucun but, comme l'exemple précédent vient de nous le prouver. En général ils apparaissent brusquement, inopinément ; et certains déments précoces ont vu leur affection débiter ainsi. Déjà à cette époque ils ne peuvent donner à ce sujet aucune explication. Si on les interroge sur la signification de ces grimaces, souvent ils se montrent surpris, ne donnent aucune explication ou en donnent une plus ou moins absurde et qui ne mérite manifestement aucun crédit.

Ils diffèrent donc bien des tics motivés que présentent certains malades et surtout certains déments vésaniques. Un des malades de notre service se promenait dans la cour en regardant le ciel et en faisant tourner ses mains l'une autour de l'autre ; il faisait tourner le soleil, il présidait au jour.

Dans ce cas, le malade explique son tic : il a un but, une idée. Au contraire le dément précoce accomplit les gestes les plus étranges sans qu'il sache pourquoi, sans qu'il puisse fournir une explication plausible.

Une observation montrera bien la véracité des faits que nous venons d'avancer.

Observation II (*Inédite*)

D.... Emile-Georges, 36 ans, entré à Bicêtre le 25 novembre 1900.

Ce malade ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires

En août 1899 il a eu un accès de délire alcoolique, avec idée de persécution à forme de rêves, hallucinations visuelles, zoopsies et tremblement des mains, et qui disparut assez rapidement.

Aujourd'hui il est de nouveau hanté par des idées de persécution assez incohérentes, sans signes d'alcoolisme, et rappelant le délire des déments paranoïdes. Depuis quelque temps, il s'est aperçu de choses pas claires. On lui en veut. Dans la nuit du 10 au 11 novembre tout à coup il a entendu qu'on l'interpellait, on l'appelait « Parigot. »

Depuis ce jour les hallucinations auditives ont continué. On lui rappelle tous les faits de sa vie passée et notamment ce chien qu'il a masturbé à Elbeuf, les menaces de revolver qu'il a faites à sa sœur.

On l'accuse d'être anarchiste... etc. Tout cela, dit-il, est faux ; seule l'histoire du chien est vraie, mais les maîtres seuls ont le droit de se plaindre.

On sait à l'avance ce qu'il va faire. On devine sa pensée; on la lui répète à l'oreille.

Il entend distinctement d'ici des gens qui parlent, sans pouvoir expliquer comment leur voix lui parvient aux oreilles. Il reconnaît dans ses hallucination son ancien patron, ses parents.

Il ne s'explique pas pourquoi on le poursuit ainsi, les maîtres du chien seuls ont à se plaindre de lui.

Ce malade a l'œil méfiant. Il se tient constamment à l'écart, sur un banc, le corps penché en avant, la tête tournée du côté du dossier, la visière de sa casquette cachant complètement ses yeux et la plus grande partie de son visage.

Si on l'approche pour l'interroger il se lève brusquement, avec saccade comme spasmodiquement et s'enfuit.

Mais en général avant de s'enfuir, il exécute un pas bizarre, sorte de mouvement de valse saccadé. Par ce mouvement il tourne une fois sur lui-même et se sauve ensuite dans la direction qu'il regardait avant ce mouvement.

Chaque fois qu'on l'aborde ce mouvement est exécuté par lui de la même façon, par saccades. C'est un geste stéréotypé, comme son attitude penchée en avant, sa façon de se couvrir le visage.

Le malade examiné le 8 juillet 1903 est en pleine démence. Son attitude est très mobile. Il se tient courbé, le haut du corps penché en avant, le cou tendu. On remarque chez lui un tic de sifflement intermittent. Sa face est grimaçante. Le front se plisse et se déplisse, ses commissures labiales sont attirées en dehors.

Son attention est très instable, il regarde tous les objets qui sont autour de lui, et dit sur chacun d'eux un mot plus ou moins absurde. Par exemple il regarde une pelote d'épingles et

dit que c'est la tête de son chien. Il trouve qu'il manque un piano entre les deux porte manteaux. Il sait son âge, dit qu'il était ouvrier ajusteur, qu'il gagnait 11 sous de l'heure mais ne fournit aucun renseignement détaillé sur sa vie passée.

Quant à son délire il semble n'en avoir aucun souvenir. Sa mémoire comme son attention est d'ailleurs considérablement affaiblie.

Rien ne l'intéresse, il est indifférent à tout, ne parle ni de ses parents, ni des événements du jour. Rien ne peut l'émouvoir. Son indifférence émotionnelle est typique : il ne s'inquiète que d'une chose, de l'augmentation de son vin.

Sa volonté est également considérablement diminuée. Il ne veut rien, ne demande pas sa sortie, vit tranquillement de la vie qui lui est offerte.

Il n'est pas désorienté. Il sait parfaitement où il est, et on peut, en insistant, réveiller bien des souvenirs qui paraissent effacés.

C'est un malade très docile. on le conduit là où l'on veut, sans qu'il demande aucune explication, sans qu'il fasse la moindre résistance.

Au point de vue des signes physiques, il présente peu de chose, en dehors des tics, et grimaces déjà signalés. Signalons son rire *spasmodique*, rire qui accompagne chaque phrase du malade. Les réflexes patellaires sont un peu exagérés. Pas de signe d'Argyll-Robertson. Pas de signe de Babinski.

Le malade monologue assez fréquemment, mais tout bas. Il prononce des phrases sans suite, ou même des mots sans suite (Wortsalat.)

Remarquons dans cette observation la présence de tics (sifflotement, grimaces diverses). Ces tics sont

incessants et faciles à observer : ses lèvres frémissent, son front se plisse.

Ces grimaces sont apparues *dès le début* de la maladie et dès le premier jour, nous les avons observées chez notre sujet.

De plus elles ont évolué d'une façon progressive ; d'abord peu apparentes et peu fréquentes, les grimaces sont devenues incessantes et aujourd'hui le sifflement qui était primitivement intermittent est devenu continu.

Ces tics, ces grimaces nous les retrouvons encore dans l'observation XII (grimaces, contraction du frontal) dans l'observation III, (plissement du front, contraction des lèvres) dans l'observation XIII (agitation de la main). Il en est de même dans les 16 observations que nous rapportons. Signalons aussi chez P (observ. VI) et W., la présence d'un signe spécial que les Allemands appellent *schnauzkrampf* c'est une sorte de protrusion permanente des lèvres assez habituelle aux déments de la variété catatonique.

Tous les déments précoces que nous avons pu examiner dans le service de notre maître le Dr Séglas, présentaient ces tics, ces gestes et grimaces étranges. On peut même ajouter que ces tics sont presque tous semblables. La plupart se passent dans le domaine du facial (plissement du front, froncement du sourcil, élévation des ailes du nez). Quelques-uns siègent dans les membres supérieurs, mais plus rarement. D'ailleurs ceux qui sont atteints de tics dans le domaine des membres supérieurs ne sont généralement pas exempts

de ces grimaces qui se passent dans le domaine du facial.

Ces tics durent généralement autant que le malade. Ils accompagnent le début de l'affection et ne cessent plus.

Pendant les phases d'excitation des malades, les tics subissent une sorte de recrudescence qui varie suivant que le malade est plus ou moins agité. C'est ainsi que P..., dément catatonique (dont l'observation se trouve plus loin à propos du négativisme) ressemble à un malade atteint de chorée, pendant ses phases d'excitation. Sa face grimace sans relâche ; tous les muscles du visage sont en état de contraction, sa tête oscille avec une rapidité vertigineuse. C'est une sorte de folie choréique.

En résumé, les tics se trouvent chez presque tous les déments précoces. Ils apparaissent souvent dès le début et ne cessent plus à partir de ce moment. Ils sont un des signes cliniques les plus importants et les plus utiles pour le diagnostic.

Stéréotypies.

Un autre élément non moins important en raison de sa fréquence réside dans les stéréotypies qui semblent former comme un trait d'union entre les symptômes du négativisme et le second groupe de symptômes constitué par la catalepsie, l'écholalie et l'échopraxie (Séglas). Ce n'est pas cependant un symptôme particulier à la

démence précoce. On le retrouve dans les diverses vésanies (paralysie générale, hystérie), mais dans ces divers cas, le phénomène stéréotypique ne se présente pas sous le même aspect que dans la démence précoce, ce sont en général des symptômes reliés à d'autres manifestations psychiques, délire, hallucinations et qui, primitivement voulus, deviennent par la suite une habitude automatique (Cahen).

Les stéréotypies, de la démence précoce ont d'autres caractères : ce sont des phénomènes élémentaires, automatiques d'emblée, qui ne se rattachent à aucune idée, à aucun phénomène psychique. Pourquoi le malade accomplit-il tel acte bizarre ? Il ne le sait, il ne peut le dire ou bien il en donne une raison absurde. Ainsi P... pendant un certain temps, pour sortir de la salle, passait derrière les lits, qu'il était souvent forcé de déranger. — « C'est pour sauver la religion », répondit-il un jour qu'on lui demandait la raison de son acte.

Et cet acte stéréotypé, le malade l'accomplit avec une facilité surprenante, avec une agilité remarquable, alors que tout acte commandé, tout acte nouveau et par conséquent conscient n'est exécuté que péniblement avec effort, parfois même n'est pas exécuté. La stéréotypie (qu'elle soit constituée par une attitude, un mouvement, des paroles) n'exige aucun effort : elle est facilement exécutée par ces malades qui sont abouliques. Souvent même ils ne peuvent s'empêcher d'accomplir une action, lorsqu'elle est commencée, de répéter une phrase, lorsqu'ils en ont prononcé le premier mot.

Ils sont pour ainsi dire entraînés à l'accomplissement de cet acte, ils ne rencontrent plus cette hésitation, cet achoppement qui s'observe dans l'exécution des actes intentionnels.

L'observation suivante renferme un beau cas de stéréotypies chez un dément précoce :

Observation III (*Inédite*)

R..., Jean-Jacques, 24 ans, typographe, entré à Bicêtre le 7 avril 1900.

Ses antécédents héréditaires sont peu chargés.

Son père était un homme vigoureux, bien portant, calme. Jamais il n'a présenté aucun accident nerveux. Cependant jusqu'à l'âge de 15 ans il se relevait la nuit en état desomnambulisme.

Sa mère a toujours été bien portante. Elle n'est pas nerveuse et ne présente aucune tare.

Ses grands-parents et autres membres de la famille n'étaient pas nerveux.

Le malade a deux frères en bonne santé, qui n'ont jamais présenté aucun accident nerveux.

Ses antécédents personnels sont les suivants :

Rougeole à 6 ans.

Le malade n'a jamais eu de convulsions, ni de maladies nerveuses. Pas de tics, pas de grimaces, ni d'habitudes bizarres.

A 7 ans il va à l'école communale. C'était un garçon bien doué et qui travaillait beaucoup.

A 12 ans il concourt pour entrer au Lycée Louis-le-Grand :

Il est reçu deuxième sur 700. Il y reste deux ans et était le premier de sa classe.

Il ne put continuer ses études à cause des embarras d'argent de son père : il en sort donc à 14 ans.

Mis en apprentissage dans une imprimerie comme compositeur, il lisait plus qu'il ne travaillait.

Le soir en rentrant il étudiait et cela malgré son père. Il préférait s'instruire que se promener.

Pendant tout ce temps et depuis sa jeunesse, son père prétend qu'il se masturbait.

Pendant son apprentissage il ne s'alcoolisait pas, ne rentrait jamais ivre. Il n'aimait pas le vin, mais affectionnait le rhum qu'il absorbait rarement, mais à forte dose et d'un seul coup, quand l'idée lui venait.

De plus le père insiste sur l'influence que le plomb aurait pu avoir sur lui à l'imprimerie. Il avait souvent des coliques sans vomissements et était très constipé.

On ne remarqua rien d'anormal chez lui jusqu'à 18 ans. 1/2. Cependant un jour, et cela à plusieurs reprises, il saisit son frère par le bras et le regarda fixement dans les yeux pendant plusieurs secondes, sans que celui-ci l'ait provoqué en quoi que ce soit.

À 18 ans 1/2 les premiers troubles mentaux se manifestent.

Il commença par s'amuser à se mettre de l'eau sur la tête. Il rentrait chez lui en pleurant ou en riant et ne pouvait donner le motif de sa joie ou de sa peine.

Il rapportait peu d'argent à la fin de la semaine et ne savait pas expliquer ce qu'il en avait fait. Souvent aussi aux questions qu'on lui posait, il opposait le mutisme le plus absolu.

Souvent aussi il quittait son travail au milieu de la journée et

rentrait à la maison. A son père qui lui demandait d'où il venait il répondait : « De partout ».

Avant de pénétrer chez lui, il restait longtemps debout devant la porte et paraissait réfléchir. D'ailleurs il disparaissait souvent une journée entière.

Quelquefois il avait des moments de colère. Un jour il jeta une table à terre.

Une autre fois, revenant des Halles, il va dans la cour, se met la tête sous la fontaine et rentre chez lui. Comme on lui fait des observations il répond : « Je suis le comte de Lesdique. » On lui mit de l'eau sédative sur le front, ce qui sembla le calmer, mais tout à coup il s'arme d'une petite hachette pour frapper. C'est avec difficulté qu'on la lui arrache des mains. Comme il continuait à faire du tapage, on le conduisit à Sainte-Anne et de là à Vacluse.

Pendant son premier séjour son état mental parut s'améliorer. Les réponses paraissaient quelquefois sensées.

Aussi son père le reprit huit jours chez lui. On essaya de le distraire. Quand on le promenait on remarqua que toujours il ramassait quelque chose à terre. Il ne s'habillait plus correctement et souvent en sortant des cabinets il laissait tomber son pantalon.

On le reconduisit à Vacluse et bien qu'il ait demandé à y rester, le lendemain il cherchait à s'évader.

Pendant longtemps, comme d'ailleurs à la première entrée, il refusa les aliments, se mit à déchirer ses vêtements.

Son délire était peu actif. Il manifestait de temps en temps quelques idées ambitieuses, déclamaît parfois, mais ne présentait comme phénomène de violence que le fait de déchirer ses vêtements.

Dans les premiers temps sa mémoire ne semblait pas touchée.

Il se rappelait tous les faits passés : sa tentative avec sa hachette, etc.

Mais bientôt la déchéance s'accroît et depuis deux ans son intelligence a beaucoup baissé. Il ne parle plus à son père qu'il ne semble pas reconnaître. Il arrache toujours ses boutons et déchire ses vêtements.

C'est pour cette raison qu'on le camisolait, ce dont le père se plaint fort.

Il a trouvé, dit-il, son fils camisolé et couché en plein soleil dans la cour. C'est pour cette raison que le père demanda son transfert de Vacluse à Bicêtre.

Le malade entré dans le service conserve sa manie de lacérer ses vêtements, et même ses chaussures. Il soliloque constamment, d'une voix faible, à peine compréhensible.

Il présente des tics assez nombreux. On le voit souvent lever ses deux bras en croix, puis les laisser retomber le long de son corps. Souvent aussi il se frappe les joues, se tapote le front. Ces gestes sont toujours identiques à eux-mêmes, ils sont stéréotypés.

Il marche également d'une façon spéciale, les jambes écartées, à grands pas et en zigzags. Il présente aussi en marchant un léger haussement d'épaules qui revient tous les deux ou trois pas.

Ses gestes et paroles sont accompagnés de quelques tressaillements des muscles de la face, de quelques grimaces.

Les mots qu'il prononce sont sans suite et n'expriment aucune idée bien nette. Exemple : « Ah ! vous voyez, apprenez, la nuit, le jour. »

Il fait peu attention à ce qui se passe autour de lui. Aucun objet, aucun fait ne l'intéresse. Il se promène constamment, la

tête et les yeux baissés vers la terre, en marmottant des mots intelligibles, et rien ne peut le tirer de cet état d'engourdissement. Il ne répond même plus à l'appel de son nom et paraît réduit à la vie végétative.

Cependant le père prétend que ce n'est qu'une apparence. Il se souvient très bien, dit-il, de tous les faits passés, de ses frères, de leur visite, il sait son domicile et demande parfois à aller chez lui. Mais, dit le père, il parle très lentement et d'une voix très faible.

Lorsqu'on l'interroge, c'est toujours avec la même lenteur qu'il répond, la même apathie qu'il réagit.

Sa volonté est très atteinte. Il ne manifeste aucun désir, laisse venir le temps et les choses, ne demande rien, n'exige rien.

C'est un malade très docile, en temps ordinaire ; il obéit aux ordres donnés, ou plutôt se laisse conduire là où on veut. Cependant de temps en temps il présente des phases d'excitation pendant lesquelles sa docilité fait place à la violence. Il déchire ses vêtements, soliloque avec plus d'abondance, marche avec rapidité et accompagne ses discours des tics et gestes décrits précédemment, mais ceux-ci sont plus souvent répétés et avec plus d'énergie.

Nous avons déjà signalé son indifférence émotionnelle complète, incomplète d'après le père. Il paraît avoir peu d'affection pour ses parents, il n'en parle jamais, non plus que de ses amis.

Au point de vue des signes physiques, signalons l'exagération très nette des réflexes rotuliens, la diminution de sa sensibilité qui paraît nulle, puisqu'il reste absolument indifférent à toutes les piqûres, la présence de troubles vaso-moteurs légers (cyanose des extrémités), l'absence de dermatisme.

Les pupilles réagissent bien à la lumière et à l'accommodation, mais elles sont excentriques et ovalaires.

Le lobule de l'oreille est adhérent. L'hélix est mal ourlé. L'anthélix est dédoublé et de ce fait la conque est divisée en deux par ce sillon supplémentaire.

Les bosses frontales sont saillantes. On note un aplatissement très net de l'occipital.

Remarques. — Insistons sur l'apparition précoce de ces stéréotypies. En effet de si loin que le père se souvienne de son fils il a toujours remarqué (depuis le début de la maladie) la présence de gestes étranges.

Aujourd'hui, il se promène les bras en croix, en zig-zags et ses attitudes stéréotypées frappent dès l'abord l'observateur. Les stéréotypies se sont développées avec la maladie, ont grandi avec elle, et maintenant elles occupent la vie entière du malade. Celui-ci n'a jamais pu expliquer leur raison : en un mot elles ne sont pas justifiées.

Observation IV

R...., 34 ans, entre dans le service du Dr Séglas, le 25 juillet 1899.

Le début de son affection remonte à deux ans. Il se croyait persécuté et s'imaginait qu'on voulait se jeter sur lui dans la rue. Il voyait des rayons X, on lui volait sa pensée. Cela dura 5 ou 6 mois, mais on ne le fit pas interner.

Puis un jour qu'il se disputait avec sa mère, qu'il se laissait aller à quelques violences, on le fit interner.

« C'était un incurable que j'avais à la maison », nous dit père.

Les antécédents héréditaires sont peu chargés. Sa mère est une nerveuse. Le père, sans être atteint d'aliénation mentale, parle et écrit un langage bizarre, pompeux, emphatique. Un des frères du malade est interné à Bicêtre pour démence.

D'après le père, tout remonterait à un fait qui s'est passé il y a quinze ans. Il fut incité, paraît-il, par un ex-auditeur au Conseil d'État, à commettre en commun un acte contre nature.

Ce fait le frappa vivement. Il s'adonna ensuite à la masturbation avec fureur, prétendant que n'ayant pas de femmes, il était obligé d'agir ainsi. Mais il se masturbait d'une façon très spéciale : au moment de l'éjaculation il serrait son canal et le sperme reflue dans la vessie. Le malade s'imagine maintenant que ce sperme, liquide nuisible, est passé dans son sang et lui a décollé le cœur. Il n'est plus comme les autres. D'ailleurs les médecins ne veulent plus l'ausculter.

On ne relate dans ses antécédents ni alcoolisme, ni maladies vénériennes. Il fit son service militaire et obtint son certificat.

Rentré chez lui, il eut des intermittences de dépression et d'excitation. Il délirait peu, mais ne pouvait vivre en contact avec personne.

Examiné par nous il se présente dans une tenue déplorable : débraillé, sale, son pantalon non boutonné, ses souliers non lacés, la chemise entr'ouverte.

Il se plaint qu'on devine ses pensées, on lui vole ses idées. On le fait parler malgré lui ; on le fait rêver malgré lui.

Quand il va aux cabinets, il est forcé de faire des gestes, comme le curé qui dit la messe.

Son langage est grossier, ordurier. Il ne prononce que des

phrases coprolaliques. Il parle constamment en termes crus de pédérastie que la Vierge, que Jésus-Christ, que Loubet lui font subir. Il est Jésus-Christ, Troppmann etc.... Il gêne l'humanité, d'ailleurs on va le poignarder. Loubet sait ce qu'on fera de lui : on doit le tuer vivant comme un vulgaire cochon, on doit lui couper les testicules et...

Il se plaint vivement de son sperme, qui l'a pourri ; cela lui rend la vie impossible. S'il avait su il aurait poignardé Loubet pour être guillotiné et plus vite débarrassé. Il n'a pas le courage de se tuer et d'ailleurs la plupart des genres de mort lui sont interdits à cause de son sperme rentré.

Il se figure qu'on sait sa pensée à l'aide de montres électriques qu'on a dans la poche : il le voit à l'attitude et aux gestes des personnes qui lui parlent (interprétations délirantes).

Il exprime aussi des idées de grandeur incohérentes : il est Dieu, le soleil. « Son cul est le soleil, il y a dessus les signes du zodiaque. Il fait tourner le soleil avec sa verge. »

De toutes ces idées, il ne peut donner aucune explication.

Il tient un langage absurde, incohérent, très ordurier, sans suite, sans lien aucun. Il parle constamment de son derrière, de sa verge, de masturbation.

Il est en même temps très exhibitionniste.

Tous ces discours sont accompagnés de tics, de gestes stéréotypés, de rires automatiques, de grimaces.

Il se passe constamment la main derrière le cou, se frotte la poitrine. Il introduit sa main dans sa chemise et palpe sa région précordiale, en même temps qu'il soliloque. Mais le geste le plus souvent répété est celui de se frotter la nuque. A chaque phrase, à chaque idée nouvelle on le voit passer sa main derrière sa tête et frotter son cou.

On note chez lui également des rires explosifs, automatiques. En discourant des choses les plus tristes qui le préoccupent le plus, il rit constamment, d'un rire nerveux, mais assez gai.

Sa figure grimace constamment son front se plisse, se déplisse il tourne la tête de droite, de gauche. Il change constamment de place, d'attitude, quitte un endroit y revient, touche constamment à sa braguette.

Le malade revu le 7 mai 1903 tient toujours les mêmes propos, mais il fait la réflexion qu'il dit souvent des choses pour passer le temps.

Il est toujours exhibitionniste et montre constamment son derrière, ses organes génitaux. Il passe la plus grande partie de son temps dans les cabinets, soit pour se masturber, soit pour examiner son anus qui le préoccupe beaucoup, au moyen d'une petite glace de poche.

« On va lui couper les testicules et toute sa pourriture va couler par là. »

Ses tics sont toujours les mêmes et toujours aussi fréquemment répétés. Il passe constamment sa main derrière sa nuque, regarde et palpe sa région précordiale, met la main à sa braguette.

On constate toujours les mêmes rires automatiques, les mêmes grimaces, les mêmes contractions imprévues des muscles du visage.

Au point de vue intellectuel lorsque le malade sort de la sphère de son délire, il paraît relativement moins atteint.

Son attention est assez facile à fixer. Il s'occupe de ce que l'on fait, de ce que l'on veut faire. Il examine les objets que l'on a entre les mains, s'enquiert de leur usage ; mais il passe vite

d'un sujet à un autre, est distrait facilement par le moindre bruit qu'il entend.

Sa mémoire n'est en rien altérée. Il sait beaucoup de choses, connaît le nom des hommes du jour, sait les événements, les nouvelles, se souvient de tout ce qu'il a appris et de tout ce qu'il a vu. Il sait où il est, n'est désorienté en aucune façon.

Comme tous les déments précoces il est très docile, se laisse conduire là où l'on veut.

De même qu'il a des gestes stéréotypés il a aussi des attitudes stéréotypées. Il se tient constamment dans les mêmes coins, la tête penchée vers la poitrine et répète souvent les mêmes phrases : « Que voulez-vous que l'on fasse de moi, que l'on me coupe les testicules. »

Il est très curieux, mais présente par contre une indifférence émotionnelle assez considérable. S'il réclame son père, c'est pour avoir de l'argent, tant qu'il lui reste quelque monnaie pour avoir des friandises il ne s'en occupe pas. Les malheurs qui arrivent au dehors, les événements qui se passent près de lui, ne l'intéressent, ne l'émeuvent que s'il peut les placer dans son délire.

Sa volonté est considérablement diminuée. Il reste oisif toute la journée, n'a aucune initiative. Il ne veut rien, ne demande pas sa sortie, ou s'il la demande c'est d'un ton peu convaincu. Si on paraît la lui accorder, il n'en parle plus. Il reste tout le jour occupé à regarder son cœur, ses organes génitaux, à répéter ses gestes stéréotypés.

Au point de vue physique il présente peu de signes. Ses mains sont légèrement violacées. Pas de dermatoglyphisme. Pas de signe d'Argyll-Robertson, pas de signe de Babinski. Les réflexes patellaires et olécraniens sont légèrement exagérés.

Remarques. — Elle donne lieu aux mêmes remarques. Apparition des stéréotypies de façon précoce ; progression rapide de ces stéréotypies non justification de ces stéréotypies.

De même dans l'observation XIV, on voit T, se promener en zigzags, agitant la main, se retournant brusquement, hochant la tête.

Dans l'observation XI on voit D, porter constamment et sans raison la main à la poche de son gilet.

Il est de même de tous nos déments précoces et il suffit de lire les autres observations pour voir que tous présentent des stéréotypies survenues de façon primitive, sans raison aucune.

Maniérisme.

Il est un symptôme, peu frappant d'ailleurs dans la démence précoce, mais qui lui est presque spécial : c'est le maniérisme.

Le maniérisme consiste en ce fait que le malade semble compliquer à plaisir l'exécution d'un mouvement, d'un geste, d'un acte quelconque. Ainsi dans l'observation suivante que nous rapportons, L... pour mettre dans sa poche sa main élevée à l'horizontale, décrit des mouvements arrondis, des courbes serpentine, et, après un véritable luxe de gesticulations, arrive à son but.

Observation V (*Inédite*)

L... Louis, âgé de 27 ans, entré à l'hospice de Bicêtre, le 10 mars 1893.

La mère de ce malade a été internée pendant huit mois à l'asile de Ville-Evrard. Elle a un frère, âgé de 45 ans, qui est paralysé.

Les renseignements que nous avons recueillis sur les antécédents personnels de L... n'ont rien qui mérite d'être noté.

Le début des accidents actuels remonterait au commencement de l'année 1890.

Ce fut d'abord un état de dépression mélancolique, avec idées hypochondriaques, idées de suicide, mutisme.

Puis, survint une période d'excitation avec idées polymorphes de persécution, d'empoisonnement, d'auto-accusation, hallucination, anxiété, fugues.

Elle fut suivie d'une nouvelle période de dépression plus accentuée que la première, arrivant presque jusqu'à la stupeur, avec refus d'aliments, mutisme. C'est alors qu'il fut interné en mars 1893.

Je n'ai pu recueillir que très peu de renseignements sur les premiers temps de son séjour à l'hôpital. Malgré son état d'apathie, on pouvait l'employer aux corvées. Dès le début, il garda un mutisme obstiné ; il refusait les aliments et ne se nourrissait que de pain et d'herbe qu'il arrachait dans le jardin.

Depuis l'année 1898, époque à laquelle ce malade a pu être observé directement jusqu'à la date actuelle, c'est-à-dire pendant quatre ans, son état n'a pas subi la plus légère variation.

Mutisme absolu : il n'a pas depuis ce temps, dans aucune circonstance, prononcé une seule parole.

Facies immobile, sans aucune expression émotionnelle, transitoire ou permanente ; ni triste, ni concentré, ni dément, ni égaré.

Indifférence absolue au milieu. Il ne regarde jamais ce qui se passe autour de lui, et ne paraît pas même faire attention à ce qu'on lui dit. Il comprend cependant et exécute les ordres qu'on lui donne, mais après un temps énorme et avec une lenteur inouïe.

Attitude stéréotypée.

L'hiver il reste assis au pied de son lit, la tête basse, les mains sur les genoux, sans faire le moindre mouvement pendant des journées entières.

L'été, il se promène ou plutôt il se traîne dans la cour, à pas lents, mesurés, toujours sur le même petit sentier, quelque temps qu'il fasse, il ne consent à se chausser que de sabots.

Tous ses mouvements, soit spontanés, soit exécutés au commandement, ont des caractères très particuliers. Ils sont d'une lenteur extraordinaire, soit pour la mise en train, soit dans l'exécution, comme si le malade devait déployer un effort considérable pour vaincre son inertie. L'acte, le plus banal, comme de tirer la langue, de se lever, de saluer, demande un temps invraisemblable. Outre leur lenteur, ces mouvements sont comme affectés, maniérés jusqu'à l'absurde, d'une complication ridicule pour les actes les plus simples. Ils sont aussi onduleux, contournés, rappelant quelque peu en cela les gestes des danseuses javanaises.

Dans les mouvements provoqués, passifs, on ne rencontre une certaine raideur musculaire que dans les jambes, encore

cette raideur est-elle peu accentuée. Pour les bras on obtient très facilement la mobilité du membre qui se laisse ployer comme celui d'un mannequin articulé.

Le malade s'immobilise dans une sorte d'attitude cataleptiforme, dans la position dernière que l'on imprime à ses membres. Ces poses cataleptiformes ne persistent pas aussi longtemps que chez les deux malades précédents, et petit à petit, par gradation insensible, les membres reviennent à leur attitude habituelle.

L..., conserve pendant longtemps, dans une immobilité presque complète, sans secousses musculaires, sans effort apparent, la position indiquée par M. Babinski, du décubitus dorsal, les cuisses fléchies sur le bassin, les jambes sur les cuisses, les pieds écartés l'un de l'autre. Il ne présente pas d'ailleurs dans l'exécution des mouvements volontaires de troubles de l'équilibre cinétique.

Echokinésie incomplète. Le malade ébauche les mouvements commencés devant lui, mais sans jamais les reproduire complètement dans toute leur ampleur.

Pas de signes objectifs d'idées délirantes, ni d'hallucinations. Au physique, troubles vaso-moteurs des extrémités extrêmement accentués.

Dermostéréographisme très net. Il ne semble pas y avoir de troubles de la sensibilité cutanée, sauf un retard énorme de la réaction à l'excitation. Réflexes tendineux très exagérés. Pas de signes pupillaires. Cyto-diagnostic du liquide rachidien négatif.

REMARQUES. — Ce maniérisme est apparu chez L... à une époque difficile à préciser aujourd'hui, en tout cas

très lointaine car il a toujours existé depuis l'entrée ; il est allé croissant avec la maladie et atteint aujourd'hui son degré le plus élevé.

Nous trouvons également un bel exemple de maniérisme dans l'observation I. C... pour porter ses aliments à sa bouche fait décrire à sa main une quantité de cercles concentriques et finalement porte brusquement la nourriture à sa bouche.

Le maniérisme qui est un signe important de démence précoce, se retrouve cependant beaucoup plus rarement que les tics ou les stéréotypies.

Négativisme, attitudes cataleptiques. Lenteur et apathie des réactions.

Nous arrivons à l'étude d'un phénomène d'une haute importance pour le diagnostic de la démence précoce : nous voulons parler du négativisme.

Notre maître le Dr Séglas a bien indiqué la valeur de ce signe qu'il considère comme l'élément 'principal du syndrome catatonique dans la variété de ce nom de la démence précoce.

Le négativisme est un état d'esprit très particulier, tel que le malade s'oppose à tout acte que l'on veut lui faire exécuter. Veut-on lui prendre le bras pour l'élever il se raidit, il s'oppose à cet acte. Il en est de même de toute action que l'on veut lui faire accomplir. Cet état d'âme, si étrange lorsqu'il est prononcé, avait frappé certains auteurs, qui négligeant les autres signes que présentaient ces malades en avaient fait

une entité morbide distincte : « la folie d'opposition. »

P..., dont l'observation est rapportée plus bas (observation VI) est le type du négativisme. Pendant certaines périodes de son affection, il se tenait raide comme une barre de fer en tension permanente. A l'état de repos, son attitude figée frappait au premier abord. Si on le touchait on était frappé de la raideur de ses membres qui d'ailleurs à ce moment augmentait malgré lui.

Les trois observations (1) suivantes donneront une idée nette du négativisme dans ses divers degrés et ses diverses formes.

Observation VI

P... Eugène, âgé de 30 ans, employé, entré à l'hospice de Bicêtre le 8 février 1899.

Pas de renseignements précis sur les antécédents héréditaires.

Convulsions de l'enfance; fièvre typhoïde à 12 ans, sans suites graves du côté de l'intelligence.

Le début des accidents mentaux semble dater du retour du régiment. Avant d'aller au service, P... était gai, ouvert, aimant la société de ses camarades, un peu orgueilleux.

Peu de temps avant son départ, il avait formé le projet de se marier avec la fille de son contremaître. Etant au service, il revient en congé et, à la suite d'une « noce » avec des camarades, il contracta la syphilis. Il en ressentit une vive contrariété à raison de l'obstacle qu'il y voyait à ses projets de mariage, et il

1. SÉGLAS. *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière.*

ne tarda pas à manifester des idées de persécution et de vengeance contre un de ses amis qu'il accusa de lui avoir fait contracter exprès cette maladie par jalousie.

A son retour du régiment, ces idées de persécution ne font que se développer. Il se figure qu'on le regarde de travers, qu'on fait des allusions sur son compte, que le père de la jeune fille qu'il aime a de mauvaises intentions à son égard. Ces idées l'amènent à une tentative de suicide par empoisonnement avec de la liqueur de Van Swieten.

Il est alors interné une première fois à l'hospice de Bicêtre (1896), où l'on note de la dépression, des idées de persécution et de suicide, du refus d'aliments. Ces accidents durèrent environ six mois et s'améliorèrent à la suite d'une pneumonie de façon à pouvoir permettre la sortie du malade.

Après sa sortie, il reprend son travail, revoit la jeune fille et tente de nouer des relations avec elle. On le fait changer de service ; cependant il trouve le moyen de s'échapper pour aller se poster sur son passage. On l'envoie passer quelque temps à la campagne.

A son retour (trois mois avant sa nouvelle entrée) il cherche encore à revoir la jeune fille, redevient triste, sombre, irritable. Il recommence à exprimer des idées de persécution vis-à-vis de ses camarades d'atelier et même vis-à-vis de sa famille. Il croit, par exemple, que son frère veut l'empoisonner et il refuse parfois les mets qu'on lui sert. Un matin, on le trouve une canne à la main, s'escrimant contre le mur.

Son chef de travail, ses camarades lui disent de reprendre son service ; il refuse, s'emporte ; son frère survient et veut l'emmener ; il s'avance sur lui un couteau à la main. C'est à la suite de cette scène qu'il est de nouveau interné dans le service, le 8 février 1899.

1899. *Février*. MUTISME dont le malade ne sort que pour opposer d'une façon systématique, de brèves dénégations sur les événements qui ont précédé son entrée. Facies *concentré* ; regard anxieux, attitudes *stéréotypées*. Reste des journées entières debout, immobile, les yeux baissés, le sourcil froncé devant la porte du quartier.

Refus d'aliments pendant quelques jours, sans raison connue.

Au bout d'une quinzaine de jours il devient un peu plus communicatif et exprime, bien qu'avec réticences, les différentes idées de persécution que nous avons relatées plus haut.

Mars. — Rémission très notable.

Facies plus ouvert, plus expressif ; le malade est plus social, plus communicatif.

Il donne volontiers des renseignements sur ses antécédents, sur le début de sa maladie, sur les persécutions dont il redoutait d'être l'objet.

Il admet qu'il a eu tort sur bien des points, mais il en est d'autres, en revanche, sur lesquels sa conviction est restée la même.

Il n'est nullement désorienté, se sait à Bicêtre, où il est entré pour se soigner et d'où il espère qu'on le laissera bientôt sortir, quand il sera tout à fait guéri.

Par instants encore, il reprend son attitude immobile, la tête baissée, le sourcil froncé.

Il mange avec difficulté.

Avril. — Période d'agitation anxieuse avec *confusion des idées*.

Le malade se croit poursuivi par deux familles qui voudraient le dépouiller, l'escroquer, lui faire une affaire de chantage, et il réclame aide et protection contre de pareils méfaits. Il dresse

pour se justifier le dossier de ces sales familles, au point de vue de la santé et de la moralité. Il reprend à ce propos l'histoire de la syphilis qu'on lui aurait fait contracter exprès en l'enivrant, dénonce comme voleurs des garçons de la banque Z... et L..., et comme ayant des relations avec ses ennemis.

Il reconnaît dans des malades du service les sosies de gens qui veulent le compromettre avec ses ennemis.

— Par ces jeux, écrit-il MM. (un malade) veut m'imposer cette femme et que des sosies qui représentaient Mme S... et MM... sur le boulevard de la Villette que j'ai rencontrés me faisait le jeu de la mort.

Le sosie MM..., mettait une pèlerine noire sur les épaules de Mme S...] la voleuse. —

Toutes ces idées délirantes sont extrêmement confuses et le fragment suivant d'une lettre qu'il nous remet, par lui-même et surtout par le contraste qu'il offre avec d'autres de forme très correcte écrites antérieurement, dénote combien les idées sont désordonnées.

— La syphilis, première cause que j'ai été enfermé, Pillou, voleurs de canne et de santé, avec Mouchez dit Carrara, source de malheurs chez Debray au moulin.

Cette état persiste sans modification notable jusqu'au mois de décembre.

Décembre 1899 à juin 1900. — P..., qui depuis quelque temps déjà ne mangeait que très irrégulièrement, refuse *complètement* toute nourriture, à partir du 5 décembre 1899 jusqu'au 3 juin 1900.

Pendant tout ce temps, il est nourri à la sonde œsophagienne, il reste toute la journée au lit dans une attitude stéréotypée,

pelotonné en chien de fusil sur le côté droit, les yeux obstinément fermés. Il est d'ailleurs impossible de modifier sa position, en raison de la raideur des membres, mutisme absolu. Il ne sort de son lit que pour faire ses besoins sur un drap placé au pied du lit. Il est impossible de le faire aller à la garde-robe en un autre endroit.

Amaigrissement considérable, cyanose et refroidissement des extrémités. Il ne paraît pas anesthésique, mais il ne réagit aux excitations cutanées que par un froncement de sourcil.

3 juin 1900. — Le matin, subitement P... ouvre les yeux, va seul à la garde-robe et demande de la tisane en se plaignant d'une soif intense. A partir de ce jour, il se remet progressivement à manger, se lève, descend dans la cour, lit les journaux, répond aux questions qu'on lui adresse, si elles sont indifférentes, mais il ne répond pas, lorsqu'elles ont trait à sa maladie. La résistance musculaire persiste mais considérablement affaiblie.

10 août. — P... reste à nouveau au lit et l'on voit reparaître les symptômes de la période précédente.

Attitude stéréotypée, raideurs musculaires, mutisme absolu, refus d'aliments. Il est de nouveau nourri à la sonde jusqu'au 27 novembre.

A cette date, P... recommence à parler, à se lever, à manger, mais en se bornant au strict nécessaire.

Depuis lors (décembre 1900) jusqu'à l'époque actuelle (avril 1902), à part quelques variations insignifiantes (courtes périodes de mutisme, de refus d'aliments entraînant le gavage), l'état reste très sensiblement le même.

L'attitude présente deux traits capitaux : la raideur, le caractère stéréotypé.

D'ordinaire, P... se tient debout, immobile et raide, les bras pendant le long du corps, les points fermés, la tête fléchie, les yeux baissés presque fermés, le sourcil froncé, les lèvres saillantes en avant (Schnauzkrampf).

Il reste pendant des heures comme figé dans cette attitude.

Lorsqu'il vient à l'abandonner pour accomplir quelques mouvements, ceux-ci présentent des caractères particuliers. Ils sont, d'une façon générale, hésitants, raides, guindés.

Il y a toutefois à ce propos une distinction à établir. C'est ainsi que ces caractères ne sont pas constants dans les mouvements spontanés.

Ils n'existent pas dans les mouvements stéréotypés dont nous parlerons plus loin et qui semblent exécutés sans la moindre hésitation. Dans les mouvements non stéréotypés mais spontanés, ces caractères sont atténués et ne se montrent guère qu'au moment de la mise en train. Il y a, à cet égard, un contraste entre les mouvements spontanés et ceux, tout à fait exceptionnels qu'on peut lui faire exécuter au commandement.

Ordinairement, l'ordre doit être répété à plusieurs reprises, souvent sans résultat.

Quelquefois au bout d'un temps assez long, P... semble se décider à se mettre en train, esquisse à grands efforts, en fronçant énergiquement le sourcil, le mouvement commandé, comme s'il avait une lutte à soutenir, une résistance énorme à vaincre ; puis il s'arrête et s'immobilise sans le terminer ou l'exécuter avec le minimum d'amplitude nécessaire.

Ces particularités s'accroissent encore jusqu'au négativisme moteur dans les tentatives de mouvements provoqués.

Dès que l'on fait le geste d'approcher la main de lui, *avant même qu'on l'ait touché*, on voit P... se retirer sur lui-même,

exagérer encore la tension de ses membres dans l'extension et l'adduction comme s'il se mettait sur la défensive et se préparait à la résistance.

Lorsqu'on vient à saisir un membre, un segment du corps quel qu'il soit, pour lui imprimer un mouvement quelconque dans quelque direction que ce soit, le malade se raidit et résiste à un tel point qu'on l'entraîne parfois tout d'une pièce, sans pouvoir arriver à lui mobiliser le membre en question.

On peut parfois arriver à ce résultat par surprise ; encore cela est-il très difficile, car P... dès qu'il est en présence de quelqu'un, semble toujours sur ses gardes et se raidit encore plus dès qu'il voit que l'on fait le geste d'approcher la main. On réussit plus facilement en mobilisant doucement le membre par segments ou en levant progressivement le bras dans son ensemble par un effort continu et gradué d'une façon presque insensible, ou bien encore si l'on fait dériver l'attention du malade sur un autre mouvement à exécuter.

En insistant fortement, par exemple, pour lever le bras d'un côté, on peut, pendant qu'il s'oppose à ce mouvement, lever l'autre bras presque sans effort.

Quoi qu'il en soit, une fois le mouvement provoqué, P... s'immobilise dans la nouvelle position qu'on lui a ainsi donnée, dans une sorte d'attitude cataleptiforme.

Il est à remarquer que, dans ces attitudes provoquées, on retrouve les mêmes caractères de raideur négativistique que précédemment ; qu'on a, eu égard à la résistance opposée par le malade, la plus grande peine à les modifier.

On conçoit que ces attitudes cataleptiformes (ou mieux catatoniques) peuvent être extrêmement variables.

Elles sont, comme nous l'avons vu, très difficiles à obtenir

directement ; mais on peut les provoquer beaucoup plus facilement d'une façon indirecte, sans entrer en lutte avec le sujet. A titre d'exemple, nous citerons le fait suivant : Un jour que le malade était placé sur le campimètre dans l'attitude habituelle pour la recherche du champ visuel, P... continue à **rester figé** dans la même attitude.

Une autre fois le malade tire **spontanément** son mouchoir et lève la main pour se **moucher**. Il suffit de lui dire : « Tiens vous allez vous **moucher** », pour que sa tendance à l'opposition lui fasse **arrêter** le mouvement commencé et l'immobilise le bras en l'air avec son mouchoir.

Ces attitudes se prolongent en général assez longtemps, un quart d'heure et plus. Pendant tout ce temps les membres gardent strictement leur position, sans effort apparent. Ils sont absolument immobiles, sans aucune espèce de tremblement apparent, et l'auscultation du cœur et du poumon ne révèle aucune modification du rythme circulatoire ou respiratoire.

En général, les attitudes persistent tant que le malade se sent observé ; sitôt qu'il s'aperçoit qu'on ne le regarde plus, il reprend brusquement son attitude première. Il suffit cependant de constater ce fait à haute voix devant lui, pour qu'il garde les attitudes provoquées, même après notre départ.

Il est d'ailleurs à remarquer en général, que le malade, sitôt qu'il se sent observé, modifie sa manière d'être dans le sens négativistique. S'il marchait ou faisait un acte quelconque, il s'arrête et se fige dans l'immobilité. S'il parlait, il se tait ; s'il mangeait, il s'arrête dans l'attitude du moment, la cuiller à la main, la bouche ouverte, fixe et raide.

A côté de ces attitudes nous mentionnerons les actes étranges

et stéréotypés. Quand P... ne se tient pas au pied de son lit ou le long d'un mur dans l'attitude décrite au début, il reste assis sur une chaise, la tête cachée sous son veston.

Quand on le gave, l'opération terminée, il se lève comme un automate, fait deux pas en avant et va se figer debout dans son attitude habituelle, la tête baissée, le sourcil froncé, devant le lit qui est en face du sien.

Lorsqu'il descend dans la cour, il ne la traverse qu'en suivant un chemin particulier et en faisant de nombreux détours inutiles, toujours les mêmes, puis il se promène, raide, à pas comptés, comme un automate, en fixant le ciel, toujours sur le même sentier et dans le même espace.

Mais la plupart du temps, il s'arrête dans son attitude habituelle auprès d'un tas de charbon où il reste immobile pendant des heures, tête nue et quelque temps qu'il fasse ; ou bien il se réfugie dans un coin de l'escalier où il reste debout, appuyé au mur, toujours dans son attitude habituelle pendant des journées entières.

Collectionnisme : P... a toutes ses poches bourrées de vieux papiers, de vieux journaux qu'il conserve précieusement. Il a toujours à la main un journal plié ; parfois il le tient devant ses yeux, dans l'attitude de la lecture ; mais les yeux restent obstinément fermés et souvent le journal est tenu à l'envers.

De temps en temps, rires ou pleurs spasmodiques ; les rires sont faciles à provoquer en riant devant lui. Pas d'autres manifestations d'échopraxie.

Des manifestations de négativisme que nous avons signalées, il convient de rapprocher le refus d'aliments et le mutisme.

Alors même que le mutisme n'est pas absolu, ainsi que cela arrive par périodes, P... ne cause pas volontiers.

Il est possible cependant, à certains jours, de communiquer suffisamment avec lui. Ce qui frappe alors, c'est l'état d'engourdissement, d'apathie intellectuelle, l'incapacité d'effort, la lenteur des processus psychiques. L'attention est chancelante, jamais suivie et s'épuise rapidement au bout de quelques instants d'examen.

Les idées sont toujours mal coordonnées, imprécises, ne se meuvent que dans un cercle très restreint et ne s'expriment que sous une forme incomplète, puérile. L'expression verbale est à la fois hésitante et défectueuse, le vocabulaire très réduit avec des néologismes et des paralogismes, des formules stéréotypées, incompréhensibles et que le malade lui-même ne peut expliquer. La mémoire est lente, paresseuse ; les anciens souvenirs ne sont évoqués qu'avec peine et seulement dans leurs traits principaux. Il n'y a pas de désorientation dans le milieu ; la notion du temps est à peu près conservée. Indifférence émotionnelle complète. Il ne manifeste pas d'idées délirantes nouvelles, mais il conserve celles que nous avons notées au début. Il est un fait particulièrement à retenir, c'est qu'il ne fournit aucune raison des différents symptômes que nous venons d'énumérer, de ses attitudes, de son négativisme et de ses stéréotypies.

« Il ne sait pas, dit-il ; c'est la maladie ; c'est absurde, il est forcé et ne peut faire autrement. »

Abandonné à lui-même, il est ordinairement silencieux. Par moment cependant il déclame à tue-tête certains lambeaux de phrases insignifiantes ou incompréhensibles qu'il répète à satiété (Verbigération).

S'il ne parle guère, en revanche il écrit beaucoup à certains

moments. La plupart de ces écrits sont incompréhensibles. Ce sont en général toujours les mêmes, répétés à plusieurs éditions et dans les mêmes termes, avec les mêmes dispositions de lignes. Au bas de chaque page et même des enveloppes sont inscrits, toujours dans les angles, les mots *Dieu* à gauche et *Capielo* à droite.

Voici d'ailleurs un exemplaire de l'un de ces écrits, qui résume en quelque sorte toute l'histoire du malade, mais qu'il est lui-même incapable d'expliquer dans ses détails et ses particularités :

Graphique du sein depuis que je suis à Bicêtre jusqu'à 1901 inclus.

A Dieu l'on c'est fait Bicêtre assassins d'X.

A Dieu l'on a fait le graphique l'on sait où il l'a eu.

A Dieu Bicêtre c'est fait évoquer au dos à la sonde au sein.

A Dieu l'on tuait la rue Daru de s'évoquer au sein.

Sein Mossner d'Italie M. le Docteur. Il est un fait certain que si l'on ne m'avait pas fait vivre pendant des mois malgré moi à la sonde. Je me serais laissé mourir. Je ne serais plus en train de souffrir à Bicêtre.

Je le jure devant Dieu et devant les hommes.

A Dieu l'on a tué le sein Badin.

A Dieu l'on a tué la croix de l'Europe au sein.

A Dieu l'on a tué le Vaudoré de toutes les sortes aux assassins à la croix de l'Europe.

A Dieu l'on la tué la semence de toutes les sortes aux assassins et au bafouilleur à la croix de l'Europe.

A Dieu au sein d'Allemagne l'on a tué la Banque de France et l'Armée Française.

A Dieu Dieu au sein d'Amérique l'on a tué le marron.

M. le Docteur Tous ce que je puis vous dire, la femme qui m'a communiqué cette maladie à Montmartre n'avait qu'un sein et était vérolé.

Je le jure devant Dieu et devant les hommes.

A Dieu l'on a tué les zouaves de toutes les sortes ou assassins à la croix de l'Europe.

Dieu.

CAPIELO.

C'est un fait indéniable, l'on sait que c'est Bicêtre qui me tue. C'est moi qui a sauvé les cous aux syndicats.

C'est moi qui a sauvé la Banque de France.

C'est moi qui a sauvé la police française.

C'est moi qui a sauvé la religion chrétienne.

M. le Docteur.

Ma sortie, je vous prie, s'il vous plaît.

Dieu. Vive M. Méline.

CAPIELO.

Au point de vue physique, nous noterons que P..., bien qu'il s'alimente assez irrégulièrement, a considérablement engraisé dans ces derniers temps.

L'examen de la sensibilité dans ses divers modes est presque impossible, en raison de l'état du malade et doit se limiter à la sensibilité cutanée. Cette dernière est conservée, car le malade réagit aux excitations cutanées.

Mais son mode de réaction est tout à fait particulier et porte la marque du négativisme habituel. Il semble que P... s'applique à s'opposer à tout signe de réaction : c'est ainsi qu'une excitation cutanée légère provoque simplement un froncement

de sourcils un peu plus marqué, tandis qu'une excitation forte et douloureuse détermine un état de raideur générale exagérée, très manifeste. Parfois même il est tellement raidi à l'avance, qu'il est impossible de saisir un signe de réaction. D'ailleurs, lorsque P... consent à répondre, il déclare souvent, ne fût-ce que par mimique, avoir perçu les sensations provoquées.

Les réflexes tendineux et cutanés sont très exagérés, pas de signe de Romberg, il y a un degré très accentué de dermostéréographisme. Aucun signe pupillaire.

Depuis ce temps le malade a présenté des phénomènes nouveaux. Il accompagne ses discours de grimaces, de tics qui se répètent très rapidement, de sorte que le malade ressemble à un choréïque. Il parle toujours des tueurs de Bicêtre, mais ses verbigérations ont augmenté ; sa manie d'écrire est toujours aussi prononcée.

Observation VII

W... Ernest-Louis, âgé de 26 ans, entré le 8 février 1899 à l'hospice de Bicêtre.

Père alcoolique. Un oncle paternel aliéné.

Pas d'antécédents personnels connus.

Il y a six ans, avant de partir au régiment, W... se plaignait déjà de ses camarades d'atelier, mais sans rien spécifier de précis ; en revenant du service, il se plaignait beaucoup de ses chefs.

Ces tendances aux idées de persécution se sont surtout caractérisées 18 mois avant l'entrée. Il voyait des ennemis partout,

manifestait des craintes d'empoisonnement de la part de sa belle-sœur et de sa mère qu'il voulut même une fois frapper avec une hachette.

Pendant cette période, il eut à souffrir beaucoup de misère et de privations réelles.

Dans les trois derniers mois, période de dépression générale, incapacité de s'occuper à quoi que ce soit, torpeur, indifférence, refus d'aliments ; restait 7 à 8 heures sans remuer, ni parler. Amaigrissement.

C'est dans cet état que W... est entré dans notre service.

Au bout d'un mois (4 mars 1899), il se modifie, se réveille, s'intéresse à ce qui se passe autour de lui ; mais recommence à manifester de vagues idées de persécution, des interprétations relatives aux plus petits faits qui se passent autour de lui. Il est toujours mécontent, contradicteur, facilement excitable.

Même, il ne tarde pas à devenir agité, violent, impulsif, si bien que l'on doit le faire passer à la sûreté.

Cet état reste sensiblement le même jusqu'au mois de septembre 1901.

A cette époque il commence à retomber dans un état de stupeur qui s'accroît progressivement.

En octobre, stupidité complète avec syndrome catatonique très accentué ; immobilité, négativisme, raideur musculaire, mutisme absolu, refus d'aliments, gâtisme ; schnaukrampf attitudes cataleptiformes spontanées et provoquées dans les poses les plus fatigantes et, dans lesquelles on retrouve, bien que moins accentuées, les traits indiqués à ce propos dans l'observation précédente.

Au mois de février suivant (1900), cet état se modifie ; la stupidité disparaît. W... semble comprendre ce qu'on lui dit,

car il obéit aux ordres qu'on lui donne. Il marche, mais lentement, avec des pauses et se fige encore souvent dans une attitude quelconque.

Il mange ; mais il continue à garder un mutisme absolu.

La raideur musculaire et les attitudes cataleptiformes ont fait place à une sorte de *trémulation* des membres, à des grimaces variées, à des rires explosifs nullement motivés.

Habitudes stéréotypées comme de se promener en piétinant dans le même espace, le long de la grille du quartier, son vêtement ouvert, et les deux mains dans ses poches.

Ne manifeste pas d'idées délirantes ; aucun sentiment affectif. Indifférence absolue.

Pendant toute l'année suivante, l'état du malade reste le même, avec seulement des alternatives dans lesquelles prédominent tantôt les uns, tantôt les autres des symptômes catatoniques que nous venons d'énumérer. Le mutisme est le seul qui se soit montré d'une façon persistante. Ce symptôme est chez lui très net comme manifestation de négativisme.

En effet, lorsqu'il n'est pas en période de stupeur, W... cause quelquefois avec les autres aliénés, mais il ne répond jamais lorsqu'il est directement interpellé, ou seulement s'il se sent observé.

Le même fait se reproduit à propos de tous ses actes : s'il mange, il s'arrête lorsqu'on le regarde ; s'il se promène, il s'immobilise et prend une attitude fixe avec une expression de physionomie bizarre, à la fois niaise et narquoise, l'œil fixé dans le vide, une sorte de rictus sur les lèvres.

Au point de vue physique, l'examen de la sensibilité cutanée est, comme chez le malade précédent, le seul qui soit possible.

Bien que W... ne réponde pas, il semble percevoir les excitations cutanées.

Parfois il tourne la tête comme pour apercevoir l'endroit où l'on a porté cette excitation ; ou bien, il grimace, souffle, éclate d'un rire explosif.

D'autres fois, au contraire, il fait comme P..., et son mode de réaction ne consiste que dans une exagération manifeste du négativisme, de l'immobilité et de la raideur.

Les réflexes tendineux sont très exagérés, pas de signes de Romberg.

Dermostéréographisme extrêmement marqué et persistant ; aucun signe pupillaire.

Observation VIII

H... Joseph, 39 ans, entré à Bicêtre le 19 juin 1896.

Son père ne présentait aucune tare et est mort de maladie aiguë.

Sa mère est morte dans un établissement d'aliénés.

Sa sœur est religieuse et il a encore trois frères vivants qui sont alcooliques.

Ses parents sont morts alors qu'il était tout jeune. Il s'est trouvé ainsi abandonné et s'est livré à la boisson.

Au régiment, sous l'influence de l'alcool, il se querella avec ses camarades et fut envoyé aux compagnies de discipline.

Rentré du service, il se mit débardeur. Mais dès qu'il avait quelque argent il buvait de l'absinthe. Pris de boisson, il ne savait plus ce qu'il faisait.

En dehors de ces phases, c'était un bon garçon, travailleur, intelligent. Il ne sait ni lire, ni écrire, parce qu'il n'est jamais allé à l'école.

Il est devenu fou brusquement dans la rue. Il fut arrêté, puis interné.

Au début, le trait caractéristique était la stupeur. Il resta deux ans sans parler, immobile la plupart du temps, les yeux baissés. Il présentait aussi à ce moment, des attitudes cataleptoïdes, (les membres gardaient la position qu'on leur donnait, et il restait ainsi des heures dans la même position). Son visage était impassible, cependant à certains moments, on percevait un sourire vite dissipé.

Il s'opposait à tout mouvement, à tout acte qu'on voulait lui faire exécuter ; son sommeil était agité, il présentait en même temps du refroidissement des extrémités ; ses mains étaient constamment violacées, cyanosées.

Deux ans après cette phase de stupeur et de catatonie cessa brusquement et il se mit à parler, mais on s'aperçut qu'il était dément. Il ne reconnaissait plus sa sœur, ni aucun membre de sa famille. Sa mémoire était considérablement affaiblie.

Le malade examiné le 18 mai 1903, se présente à nous dans son attitude favorite. Il est assis sur une marche, les genoux accolés et les mains croisées sur les genoux. Sa tête tournée du côté gauche reste longtemps immobile. Son œil est morne, sans expression. Il ne parle pas et ne répond que si on lui adresse la parole. Ses réponses sont d'ailleurs courtes monosyllabiques. Il ne présente ni tics, ni attitudes catatoniques ; cependant, on remarque quelques tremblements fibrillaires dans les muscles de son visage.

Il répond bien aux questions qu'on lui pose, mais à la condi-

tion que les réponses soient courtes et aient trait à des choses simples. C'est ainsi qu'il dit son nom, son âge, son pays d'origine, il reconnaît également le chef comme le docteur du service. Mais il ne sait en quelle année nous sommes, ni quel mois. Il parle du 15 août alors que nous sommes le 19 mai. Il ne sait où il est. Il dit qu'il est arrivé à Sainte-Anne, il y a un mois (en réalité il y a 6 ans).

Son attention n'est pas très diminuée. Il regarde ce que l'on fait mais s'y intéresse peu. Il ne parle jamais de sa famille, de ses amis : tout sentiment affectif paraît avoir disparu chez lui. Il est indifférent à tout ce qui se passe autour de lui. Il ne s'enquiert de rien, ne réagit jamais, se tient constamment dans le même coin.

Il ne soliloque pas à proprement parler. Cependant de temps en temps quelques mots s'échappent de sa bouche, prononcés à voix basse.

Ses réflexes sont très exagérés, il présente d'une façon très nette le phénomène du dermatographisme. Sa sensibilité est normale, mais il présente quelques troubles vaso-moteurs (cyanose des extrémités).

Les pupilles sont un peu ovalaires, un peu irrégulières, plutôt larges. Pas d'inégalité. Le réflexe à l'accommodation et à la lumière n'existe pas.

Comme on le voit, le négativisme peut être plus ou moins accusé. Dans le cas de P... il se traduit par l'opposition, la résistance constante, les raideurs musculaires, l'immobilité de l'attitude. C'est le degré extrême.

Dans d'autres cas, (cas de L...) « il n'atteint pas un

« degré aussi accentué et ne se manifeste que par la
« contrainte, la gêne, l'hésitation, la lenteur que l'on
« remarque dans toutes les manifestations de l'acti-
« vité psycho-motrice. »

Les quatre malades dont l'histoire est rapportée plus haut ont tous présenté, à divers degrés et pendant un temps plus ou moins long, des attitudes cataleptiformes. Ce symptôme n'est pas particulier à la démence précoce : il peut se retrouver dans toutes les affections mentales.

Dans la démence précoce il semble n'être qu'un corollaire du négativisme. Le malade reste dans l'attitude où il se trouve parce qu'il est contraint, empêché par une sorte de force qu'il ne peut vaincre que très difficilement ; vient-on à changer sa position (ce qui nécessite souvent un effort considérable) le malade se maintient immobile dans sa nouvelle situation et s'oppose à tout changement.

Lundborg (*Centralblat f. Nervenheilkund, u Psych*, sept. 1902) rapporte un cas de démence précoce, catatonique et dit que le malade montrait une résistance très grande, en présence des médecins et en dehors de cette présence. Le malade déclarait que cette résistance se produisait malgré lui. Cet auteur qui fait une étude du négativisme le rapproche de la maladie de *Thomson* — mais ici l'empêchement siège dans la zone psycho-motrice et non pas dans le muscle. — Lundborg termine en disant que le négativisme n'est pas toujours un phénomène actif.

Ce qui est plus certain, c'est que le négativisme est

en démence précoce un signe d'une importance extrême, et lorsque ce symptôme existe avec les qualités énoncées plus haut (intensité, permanence) il permet presque à lui seul d'affirmer la démence précoce.

Les soliloques.

Les soliloques sont fréquents dans la démence précoce, mais pas plus que les stéréotypies, ils ne constituent un symptôme particulier à la démence précoce. Nous avons étudié dans un mémoire spécial (1) les monologues des aliénés et nous avons montré que ce symptôme se rencontre dans la plupart des psychoses. Chez les déments précoces, on les rencontre dans les phases d'excitation : ils relèvent alors du mécanisme de l'idéorrhée. Ils ont alors lieu à voix haute, en public, avec une mimique souvent exagérée. Ils peuvent être diurnes et nocturnes et revenir par accès plus ou moins fréquents. Ils paraissent décousus plutôt qu'ils ne le sont réellement ; et fréquemment l'absurdité du monologue est due à des ellipses, à des associations d'idées si rapides que le malade ne peut prononcer aussi vite qu'il pense. Dans la phase de démence confirmée, le monologue a souvent lieu à voix basse, en public, mais la mimique est moins exubérante : elle est souvent stéréotypée. Il n'a plus lieu que le jour ;

1. DARCANNE. *Les soliloques*, *Archives de neurologie* 1903.

il ne revient plus par accès, il est devenu habituel. Il est le plus souvent absurde ; dans cette seconde phase il revêt tout le caractère de l'incurabilité.

A noter également qu'il s'accompagne, d'ordinaire, de ces grimaces et de ces tics ou stéréotypies que nous avons étudiés précédemment. (Ex. H...).

Voici un exemple de monologue chez un dément précoce dont l'observation se trouve plus loin. (T. obs. XIV).

Vous portez pince-nez, M. Bonse Il est très âgé. Dans le temps, il est venu dans le bureau, au mois de février 1901, cinquième trimestre, à l'inspection sanitaire. Le 28 il n'y a que 28 jours du premier au 5. Il y a à faire le journal et à apprendre la grammaire. M. Thaon doit y habiter. Etant sur le boulevard on voit toute la façade. Je croyais que c'était par le boulevard Montbello, la rue des Postes. Jules Gaston comparait en justice pour instruction de son affaire. N'est-il pas médecin à Sainte-Eugénie ?

L'écholalie. — L'échopraxie.

A côté des tics, si fréquents chez les déments précoces, il convient de signaler un phénomène beaucoup moins fréquent et moins important : l'écholalie et l'échopraxie. Dans l'écholalie, le malade répète involontairement comme un écho les sons qu'il entend émettre autour de lui et de même que l'écho, il est plus ou moins complet, c'est-à-dire qu'il en répète plus ou moins long. Ceux chez qui le phénomène est le moins

accentué se contentent de reproduire sans le vouloir un cri, une exclamation inarticulée : « Ah ! que l'on profère à côté d'eux. Un degré de plus et le patient répète un, deux, trois derniers mots d'une phrase, ou bien une phrase entière. » Ainsi l'un de nos malades D... dont l'observation est plus loin répète fréquemment ce que l'on dit autour de lui. Ainsi si on lui demande : « *Comment allez-vous ?* » Il répète sur le même ton : « *Comment allez-vous ?* ». Quelquefois il fait la réponse ; quelquefois son esprit s'aiguille vers une autre idée et il monologue ses phrases décousues comme à l'habitude.

L'échopraxie ou échokinésie (acte de répéter les mouvements) se rencontre chez quelques déments précoces. Ainsi le malade suivant présente ce phénomène d'une façon remarquable :

Observation IX

R... Emile, entré à Bicêtre le 3 juin 1893, 30 ans.

Les antécédents héréditaire, du malade sont chargés. Un oncle, du côté paternel, est mort fou à Bicêtre. Une sœur, du même côté, a été folle, après quelques mois d'internement elle a guéri. Une sœur du malade est idiote et est actuellement à Villejuif.

Son enfance a été normale et n'a été troublée par aucune maladie. Il alla à l'école jusqu'à l'âge de 14 ans, où il apprit à lire et à écrire. Il avait paraît-il assez de facilité.

On ne note chez lui, jusqu'à l'âge de 21 ans, aucun accident

nerveux, sinon peut-être des moments d'excitation pendant lesquels, dans sa colère, il déchirait tout ce qu'il trouvait.

Son développement se fit **normalement**. Il était assez intelligent, doux de caractère, mais avait **peu** de volonté et se laissait facilement entraîner par de mauvais camarades.

Il apprit le métier de verrier et là commença à fréquenter de mauvaises compagnies. Ses amis l'incitaient à voler, ce qu'il faisait par faiblesse de caractère. Aussi fut-il plusieurs fois arrêté pour vol avec ses amis.

Il apprit ensuite le bonneteau et fut arrêté, surpris en flagrant délit. On le conduisit à la Roquette pour quatre mois. A la prison, il fut puni de 21 jours de cachot et lorsqu'il en sortit, on s'aperçut qu'il était devenu fou.

On l'amena alors à Bicêtre. A son entrée il était remarquable par son excitation. Son agitation était incessante. Il déclarait à haute voix, et accompagnait ses paroles de gestes bizarres, de cris

Le malade examiné en 1901 est surtout intéressant par ses gestes stéréotypés. Dès qu'un visiteur entre dans la cour, il se précipite vers lui en sautant en l'air, comme en dansant la gigue, en même temps il porte la main gauche sur sa tête et s'écrie : « Cigarette, Messieurs dames ». Ces gestes étranges sont toujours identiques à eux-mêmes et accompagnent toujours les mêmes paroles.

Le malade présente encore d'autres tics. Il relève constamment le bas de son pantalon et le rentre dans ses chaussettes. Il rentre également son veston dans son pantalon et qu'il serre à la ceinture jusqu'au dernier cran. De plus le marmottement habituel qui le caractérise est accompagné d'une gesticulation

étrange des doigts qui cheminent devant sa poitrine et sa ceinture.

Le malade soliloque constamment, à voix basse, et ses discours sont accompagnés de grimaces. Il chemine d'un malade à un autre, demandant des cigarettes et du tabac, en répétant son même geste stéréotypé.

Les mots qu'il soliloque sont sans suite, sans lien aucun.

Son attention est très diminuée. Il ne s'occupe d'aucun fait extérieur ou intérieur. Un seul fait semble dominer sa vie : le tabac. Il ne remarque rien, ne s'intéresse à rien.

Sa mémoire paraît assez altérée. Il sait son nom, son métier, peut-être son âge. Mais il ne peut dire où il est, ni d'où il vient. Il ne répond d'ailleurs que rarement aux questions qu'on lui pose. Il fournit une réponse, quand celle-ci est très simple (âge, nom). Mais si on lui pose une question qui nécessite quelque effort de raisonnement, il reste muet ou plutôt reprend son marmottement habituel. Il est bon de remarquer qu'il répond beaucoup mieux aux premières questions qu'aux dernières. même si celles-ci nécessitent un effort d'intelligence aussi minime que les précédentes.

La volonté est annihilée. C'est un malade très docile, très suggestible.

Son indifférence émotionnelle est considérable et typique. La visite de ses parents les plus proches ne paraît lui causer aucun plaisir, aucun bonheur.

Pas de signes physiques nets. Pas de signe d'Argyll-Robertson. Les pupilles sont égales, régulières, en état de dilatation moyenne.

Le lobule de l'oreille est adhérent. L'hélix est mal ourlé.

Signalons aussi l'onychophagie et l'échopraxie chez ce malade.

L'échopraxie mérite surtout une mention à part.

Si l'on répète plusieurs fois devant le malade le même geste, le même mouvement, bientôt il le reproduit, d'abord esquissé, puis de façon complète. On peut ainsi lui faire imiter des mouvements assez compliqués tels que porter la main au nez, au front, etc.

Généralement il faut, comme nous le voyons dans cette observation, répéter plusieurs fois le même acte, le même geste pour que R... se décide à l'exécuter. Si on l'observe avec attention, on le voit d'abord, ébaucher le mouvement. Si on insiste, si on continue d'exécuter le même geste, il le reproduit dans presque tous les cas.

Le Wortsalat.

A côté des soliloques, il faut placer un symptôme décrit par les Allemands sous le nom de Wortsalat.

C'est une forme spéciale du discours composé de mots sans suite, sans relation aucune. Le malade ne semble plus émettre d'idées, mais des mots dont il ne paraît pas d'ailleurs comprendre le sens.

Ce symptôme n'est pas particulier à la démence précoce et se trouve aussi bien dans la paralysie générale que dans les autres démences confirmées.

Dans certains cas le Wortsalat ne constitue qu'une forme de stéréotypies verbales. En effet l'assemblage étrange de mots que le malade profère de temps en temps n'est pas quelconque, mais a lieu dans un certain ordre, toujours le même. Ce sont des phrases *cristallisées*. Le

malade ne les dit et ne peut les dire que dans tel ou tel ordre : c'est une stéréotypie. Et l'on voit des malades dont le mutisme est constant, prononcer avec la plus grande aisance les phrases les plus longues. Qui plus est lorsqu'ils ont commencé un mot il leur est presque impossible de s'arrêter et il faut que la phrase ou le monologue entier soit soliloqué.

Telest le cas de P... qui constamment depuis quelques mois et à quelque question qu'on lui pose répond : « Bravo P... ; il y a cinq de Bicêtre, tue la princesse d'Orléans de Vérole se réclame de mon urine pour faire ses pieds du coup d'Etat, fripouille, Bravo, P... de le tuer, de le gifler aux truants de fumier vertical. Bravo, se faire fêler le grelot de fémur et d'anus pourri d'œuf d'Italie, d'avoir mangé du veau de la place Beauvau ; c'est Bicêtre. Bravo P... le pape et sa majesté le vatican Bicêtre guillotiné des prisons du globe terrestre de jeu de gadou, de caracola, pour être tués de Bicêtre en gadou tués et tueuses d'armées française, *des foyers, casseurs de meubles, flagellations, grelot felé, facture de courrier, bravo, de j'menifouistes tous morts, de vol-tige tous morts.*

Impulsions.

On signale généralement chez les déments précoces la présence d'actes impulsifs. Comme les autres symptômes que nous avons examinés, ces actes ne sont pas seulement des mouvements irrésistibles, mais en

rapport avec un autre phénomène psychique qui en provoque l'apparition ; ils se présentent d'ordinaire comme des mouvements élémentaires, sans substratum idéatif ou affectif et dont le malade lui-même ne peut donner une justification.

En voici un exemple :

Observation X

D..., 24 ans, entré à Bicêtre, 11 février 1903.

Le père du malade était buveur, mais n'a jamais eu d'accident net d'alcoolisme chronique. Ses habitudes éthyliques remontent à de longues années avant la naissance de D... Il avait en effet d'abord épousé la sœur de sa femme actuelle et eu eut un fils qui présenta des convulsions et est resté paralysé.

Les grands-parents et collatéraux paternels ne présentent rien à signaler.

La mère du malade n'est ni nerveuse, ni alcoolique. Elle était beaucoup plus jeune que son mari (25 ans de moins).

Le malade a eu une enfance normale. Il va à l'école où il se montre élève intelligent et travailleur ; il remporte des prix tous les ans.

Il entre en apprentissage à 13 ans et y reste trois ans. C'était un bon ouvrier, ne buvant pas et rapportant intégralement sa paye. Il était extrêmement tranquille au point de vue génital, ne se masturbait pas, ne fréquentait pas de femmes.

Un jour, sa mère remarqua qu'il faisait des grimaces ; les muscles de son visage tressaillaient : « il prenait des poses bizarres » Auparavant la mère affirme de la façon la plus caté-

gorique qu'il n'avait jamais présenté ni de tics ni de ces attitudes étranges.

A ce moment il était ajusteur dans une grande maison et travaillait pour les chemins de fer.

Coincitant avec cette apparition de grimaces il tomba dans une sorte de dépression avec perte de l'appétit, demi-mutisme, vagues idées de persécution, anxiété, anéantissement.

Il fut placé à cette époque à Vaucluse où il resta 3 ans et demi. A ce moment il restait des journées entières sans proférer une parole.

Sorti de Vaucluse, il essaya de travailler. Mais son intelligence avait beaucoup baissé et il ne put que faire le métier d'homme de peine (traînait une voiture à bras). Un jour il faillit écraser une femme : il déclara lui-même qu'il ne pouvait plus travailler, de peur de causer des accidents.

On fut obligé de le placer à nouveau à Bicêtre, service du Dr Séglas.

Examen le 22 mai 1903.

Le malade se tient communément dans une attitude spéciale, appuyé sur une jambe, le corps penché en avant, la main droite cherchant à atteindre dans la poche intérieure droite de sa veste un portefeuille que souvent il ne retire pas.

Il a par moments l'œil fixe, absorbé, tendu vers quelque chose d'imaginaire ; par moments aussi, il fixe quelqu'un avec insistance, mais son regard est immobile et vague. Quand on lui adresse la parole à ces moments-là, il semble comme sortir d'un rêve. Il ne grimace pas, mais il a par intervalles un sourire niais, complaisant.

Par instants on voit très bien ses lèvres s'agiter ; quelquefois même des phrases entières sont émises spontanément, mais rapi-

dement, sur un ton très bas, et avec une articulation trop défectueuse pour qu'on puisse en saisir le sens. Il a souvent des actes impulsifs. Par exemple : deux fois au moment d'une visite dans les salles, le malade qui suivait par derrière, lança son portefeuille, très doucement sur le médecin, mais sans intention de lui faire du mal et après son acte, cherchant en quelque sorte à l'excuser, sans pouvoir donner une explication plausible à son acte. De même, au cours du présent interrogatoire, alors qu'il tenait son calepin à la main, il dit : « Je vous ficherais mon calepin à la figure si je ne me retenais pas. »

Malgré cet automatisme, cette attitude spéciale, le malade peut encore répondre assez bien à certaines questions. C'est ainsi qu'il dit avec exactitude son âge, sa profession, la date de son arrivée à l'hospice et quelques-uns des faits de sa vie antérieure dont la réalité est confirmée par sa mère.

Interrogé sur ses camarades il dit : « il y en a qui ne savent pas répondre, ils sont un peu bêtas, parce qu'ils ont eu des convulsions dans l'enfance, ils diront cinq ou six paroles bien, ils lisent, ils chantouillent, ils traînent, ils dandinent leurs paroles. »

Il lit les journaux et se rend un compte relatif des événements actuels (les manifestations religieuses de Plaisance).

On lui demande pour quelle raison il est entré à l'hospice, parce qu'on lui donnait des sobriquets « on a l'air de défaire les idées d'une conscience, ça dépend quelconque. »

Cependant il ne faut pas trop longtemps poursuivre l'interrogatoire, car bientôt il précipite les mots, baisse la voix et plus rien d'intelligible n'est émis.

Il parle peu de ses parents, de ses amis, a l'air d'avoir peu d'affectivité.

Il est assez docile et demande constamment à travailler, mais il n'en est pas capable.

Au point de vue des signes physiques, rien de particulier. Pas de signe d'Argyll. Réflexes normaux.

RÉSUMÉ SUR LES CARACTÈRES ET LA SIGNIFICATION DES SYMPTÔMES PRÉCÉDENTS

Tous ces symptômes que nous venons d'étudier sont, comme nous l'avons vu, des signes très importants et d'une fréquence extrême dans l'évolution morbide du dément précoce. Mais leur présence, leur manifestation, leur fréquence même ne constituent que des faits entachés de banalité, car jusqu'à présent, nous n'avons pas indiqué de façon précise, ce qui peut permettre de distinguer une stéréotypie d'un délirant systématique, d'une stéréotypie de la démence précoce. Autrement dit, nous nous posons la question suivante : est-il possible de dire ! voilà un tic, voilà une stéréotypie qui signifie démence précoce ? En un mot, ces symptômes spéciaux que nous venons de passer en revue présentent-ils des caractères particuliers en eux-mêmes ?

Un fait domine leur histoire. C'est que tous sont des phénomènes élémentaires. Précisons et prenons le cas des stéréotypies. Ces stéréotypies ne sont que des gestes quelconques. En temps ordinaire, chez l'individu normal, un geste quel qu'il soit suppose une idée. Ainsi, par exemple : une mouche se pose sur mon front ; cette sensation désagréable est perçue par le

cerveau qui envoie l'ordre de faire tel geste destiné à chasser l'insecte importun. Chez le dément précoce, au contraire, ce geste bizarre, ce mouvement étrange que nous avons analysé, ne représente rien, n'est l'expression d'aucune idée, ne correspond à rien de cérébral, et cela même au début de son apparition.

On pourrait en effet dire que ce mouvement qui n'a plus sa raison d'être aujourd'hui, l'a peut être eue jadis, dans un fait oublié, que ce geste est devenu une habitude.

Il n'en est rien et les déments précoces sont bien différents de ces malades dits déments vésaniques qui présentent parfois des stéréotypies ; chez ceux-ci primitivement le geste accompli avait sa raison d'être, tel est ce malade dont le cas est rapporté plus haut, qui prétendait faire tourner le soleil.

Dans la démence précoce le geste, la stéréotypie est dès le début un phénomène élémentaire beaucoup plus rapproché des mouvements automatiques de l'idiot que des stéréotypies des délirants systématisés ; si chez ces derniers, à la dernière étape de son évolution la stéréotypie se présente comme un fait d'automatisme secondaire, on pourrait dire que chez le dément précoce elle se présente comme un phénomène d'automatisme primitif.

On peut en dire autant de tous les phénomènes que nous avons étudiés (monologues, verbigérations, négativisme, écholalie.) Tous sont des phénomènes psychiques élémentaires, d'automatisme démentiels.

Et en effet ces malades interrogés sur la signification

de tel geste, de telle parole, de telle manière d'être paraissent le plus souvent fort embarrassés ; leurs explications, lorsqu'ils en donnent, sont quelconques, absurdes ou insignifiantes ; le plus souvent même ils ne peuvent en fournir aucune, se bornant à dire qu'ils ne savent pas, que c'est plus fort qu'eux ou même ils ne répondent pas du tout.

De l'étude de l'évolution de ces divers symptômes nous pouvons tirer des conclusions intéressantes.

Si en effet on compulse chacune des observations publiées ici on voit que la plupart de ces signes (tics, maniérisme, impulsion, wortsalat, négativisme) apparaissent dès le début de l'affection ou du moins à une période très rapprochée du début.

Chez C... (obs. 1) les gestes étranges ont été remarqués dès l'internement.

Chez R... (obs. 3) sa mère rapporte qu'il prenait des positions bizarres dès le début de la maladie.

Chez T... (obs. 14) le même phénomène a été remarqué dès le début de l'affection.

Mais si l'apparition de tous ces symptômes est précoce, ils suivent aussi une progression nette. D'abord peu fréquents au début, intermittents, ou ne survenant, même qu'à des intervalles éloignés, bientôt ils deviennent habituels et finalement ils occupent la vie entière du malade. Leur apparition commence avec le réveil du malade pour ne finir que le soir. Certains même (P.) exécutent ces grimaces, ces gestes avec une intensité incroyable. Chez P... dément catatonique (obs. 6), tout le corps est agité de soubresauts, en même

temps que le visage grimace et que le malade bredouille des phrases composées de mots sans suite pour la plupart.

En un mot, pour nous résumer, tous ces symptômes que nous avons exposés dans le chapitre II sont des phénomènes psychiques élémentaires d'automatisme et comme tels dénoncent une diminution, un affaiblissement de l'activité psychique volontaire et consciente.

Ils apparaissent dès le début de la maladie pour atteindre plus ou moins vite leur apogée par une ligne de progression ascendante plus ou moins rapide, avec la démence confirmée.

Leurs caractères intrinsèques, leur accentuation avec la progression de la démence montre donc que dès l'origine ils ont une signification démentielle et qu'ainsi la démence se manifeste d'une façon primitive.

CHAPITRE IV

Le fonds démentiel.

Nous venons d'étudier les signes particuliers qui caractérisent la démence précoce. Nous avons montré que les tics, grimaces, stéréotypies, négativisme, écholalie, sans être des signes absolument spéciaux à la démence précoce ne se retrouvaient nulle part ailleurs avec la même fréquence et la même intensité et nous avons également montré que ces signes avaient quelque chose de particulier dans leur apparition, leur évolution, leur signification : ils accompagnent le début de la maladie, progressent avec la démence et sont tous des phénomènes psychiques élémentaires.

Il nous faut maintenant aborder l'étude de la démence elle-même, c'est-à-dire l'étude de la déchéance intellectuelle.

L'attention est diminuée souvent de façon considérable ; tous ont besoin de faire effort. Il faut leur répéter plusieurs fois la même phrase, avant qu'ils en saisissent le sens. Il faut leur répéter plusieurs fois le

même commandement, avant qu'ils l'exécutent. Dans bien des cas, le malade a compris, a saisi, a fixé son attention, mais « la contrainte », « l'empêchement psychique » dont nous avons parlé plus haut est là qui l'empêche d'exécuter un acte en réponse à la demande. Souvent, si l'on a la patience d'attendre, on voit au bout de quelques minutes, se dessiner un mouvement qui indique que le malade a compris.

Dans d'autres cas l'effort nécessaire pour prêter attention est réellement impossible.

Ces malades sont alors en état de distraction constante. Tel est le cas de Desp (obs. 2) dont les yeux errent d'un endroit à un autre, sans se fixer sur aucun objet.

Nous avons vu que si l'on tient compte de leur apathie et de leur passivité, on trouve que leur mémoire est souvent moins diminuée qu'on ne pourrait le croire au premier abord, et ces malades qui ne paraissent capables que de souvenirs automatiques se souviennent en réalité de nombre de faits anciens ; pour les faire réapparaître, il suffit de susciter des associations d'idées et l'on voit ces individus parler de choses qui semblaient à jamais disparues dans leur conscience.

Ces remarques ne peuvent s'appliquer qu'au début de l'affection, car nous verrons que plus tard, elle est réellement diminuée et souvent de façon considérable si bien qu'il n'est plus possible de la réveiller.

La volonté participe également à la déchéance des autres facultés. Les déments précoces sont abouliques ; ils ne manifestent plus aucun désir. Ils ne s'inquiètent

nullement de l'avenir, ne demandent jamais leur sortie.

Masselon les représente dans sa thèse comme des malades très dociles, docilité qui n'est évidemment qu'une conséquence de l'aboulie. Cela est vrai en général, mais si le négativisme n'est pas trop accentué, car dans ce cas le malade s'oppose à tout changement de position, n'obéit qu'avec un effort inouï aux ordres donnés, effort dû à l'empêchement psychique.

Indifférence émotionnelle et apathie

Bien que les déments précoces ne soient pas des déments complets, alors même qu'ils jouissent en partie de leurs facultés intellectuelles, ils sont insensibles de très bonne heure à tout ce qui peut arriver d'heureux ou de malheureux soit à leurs parents, soit à eux-mêmes. Ainsi P... (Observation 6) considère son frère qui vient lui rendre visite comme un étranger. Il dit n'avoir aucune parenté avec lui et être Russe. Il s'éloigne de lui lorsqu'il le voit, ne répond pas à ses questions, ne veut pas l'embrasser et refuse de manger les douceurs qu'il lui apporte. C... (Observ. 1) ne s'occupe pas plus des visiteurs que s'ils n'existaient pas. Voit-il une rixe dans la cour, il ne se dérange nullement et continue son chemin.

De cette indifférence découlent leur absence de curiosité complète et leur apathie. Rien ne les intéresse. Ils ne demandent jamais de nouvelles du dehors. Jamais

non plus, ils ne demandent le pourquoi d'une visite, le but d'un entretien.

Ce contraste entre les manifestations de la vie émotionnelle et de la vie représentative les distinguent d'autres déments dont les facultés sont atteintes plus également dans leur ensemble.

Deux observations montreront bien l'état d'indifférence, de non réaction émotionnelle des déments précoces.

Observation XI

D. (1) âgé de 25 ans, entre à l'hospice de Bicêtre le 18 mai 1899.

Le père, buveur, est mort du typhus ; la mère est bien portante. Ils ont eu 9 enfants : un est mort de méningite à 3 ans ; un autre, âgé de 45 ans, né avant terme, a eu des convulsions de l'enfance ; il est, dit-on, quelque peu original, sombre, a des manies bizarres. Un cousin est mort aliéné.

L'anamnèse personnelle ne révèle chez notre malade qu'une variole grave survenue vers dix-huit mois à deux ans ; il n'a marché qu'après cette maladie. Etant jeune, il souffrait souvent de maux de tête. On l'a toujours considéré comme intelligent ; mais il était d'un caractère méfiant, soupçonneux, jaloux de ses frères et sœurs, trouvant que ses parents faisaient plus pour eux que pour lui ; il convenait d'ailleurs volontiers du mal fondé de ses préventions et s'en excusait. Un an avant son départ pour

le régiment, ces traits de caractère n'avaient fait que s'accroître ; de plus, il était devenu colère et montrait moins de goût pour son travail, Toutefois, il n'avait jusque-là manifesté aucun trouble psychique caractérisé, aucune idée délirante. Il buvait à l'occasion avec ses camarades, mais sans excès habituels.

Revenu de son service militaire, il songea à se marier (octobre 1898). Les parents de la jeune fille ayant appris qu'il aurait eu une maîtresse, et trouvant sa position insuffisante, lui en firent l'objection. Il en fut très affecté et, de lui-même, rompit les pourparlers, craignant d'avoir plus tard à subir les reproches de sa nouvelle famille.

C'est à ce moment qu'ont paru les premiers accidents mentaux. D... n'était plus assidu à son travail. A l'atelier, il restait des heures blotti dans un coin ; il accusait ses camarades de se moquer de lui, de penser à lui faire du mal. Le médecin de l'usine lui fit donner un congé. Rentré dans sa famille, il restait sur sa chaise des journées entières, n'osait pas sortir, se croyant espionné, craignant d'être arrêté, il avait des hallucinations, disait en entendre des voix, se plaignait de sensations étranges, brûlures au cœur, etc. *Dès cette époque, il se livrait à des actes absolument extravagants.* Il se déshabillait sans motif, descendait tout nu les escaliers ou se promenait en plein jour avec une bougie allumée dans un verre.

Très rapidement cet état s'aggrava. Le malade, tantôt triste, tantôt inquiet, *tenait des propos sans suite*, parlait d'ennemis qui voulaient lui faire refaire son service militaire, d'un général allemand dont il serait l'ordonnance, se disait en communication avec Félix Faure qui lui apparaissait et lui faisait des confidences, accusait sa mère d'avoir assassiné le patron du bazar de l'Hôtel-de-Ville, manifestait des idées de suicide et proférait des menaces contre son entourage.

A l'entrée (mai 1899), l'aspect extérieur, l'attitude ne présentent guère d'indications spéciales. Le malade est calme, ne manifeste aucun symptôme d'excitation, de dépression ou d'anxiété. Il répond assez correctement, d'une façon laconique, aux questions qu'on lui pose sur son âge, sa profession, la date de son placement, etc. Ces réponses ne témoignent pas de désorientation réelle. Mais au bout de quelques minutes, il ne tient plus que des discours incohérents. Il a été prononcé la peine de mort contre lui. La porte est en bois, en fer, en acier ou en tenue polytechnique. C'est le téléphone qui l'ennuie. S'il était aveugle, on le mettrait dans un trou. Il pousse au bien. Il veut inviter le monde, ce qui est la vie romanesque. Demandez, vous serez recommandés. Il est un des sept Cochefert de Paris. Il est facile de rassortir les races. Il doit s'en aller par le détroit de passage. Il n'est pas malade. Il se tient dans sa probité, mais il y a des plats qui se suivent, et par la combinaison des plats on fait avouer des choses aux individus. Il a le cœur en hypertrophie. On le juge. On est souffrant. Il faut planter des fleurs et se mettre au régime végétarien, etc.

Dans son verbiage, on arrive à discerner des idées délirantes diverses : persécution, grandeur, hypocondrie, quelques hallucinations, des troubles de la sensibilité générale ; mais toutes ces idées délirantes sont mobiles, variables, absurdes, sans aucun lien réciproque.

De plus, le malade les traduit toutes du même ton, en général indifférent, parfois de satisfaction béate. Il s'exprime avec calme, comme si ses réponses étaient les plus pondérées du monde. Il n'est aucunement loquace ; l'articulation est correcte.

La conformation est régulière. Il n'existe pas de symptômes

somatiques, en particulier pas de signe d'alcoolisme ni de paralysie générale.

Les jours suivants, D... reste aussi incohérent. Il semble que les idées de persécution soient plus actives, entraînant un certain degré d'anxiété réactionnelle. D... sait par le téléphone qu'on le cherche pour le tuer et il a fixé sur sa poitrine un papier qui doit servir de cible.

Cette crise d'anxiété est très passagère. D... redevient indifférent, mais il est toujours aussi dyslogique, comme on peut en juger par la lettre suivante, écrite à cette époque :

Grand livre. — Je déclare avoir voulu marier ma mère avec mon frère, et ma sœur Léontine avec M. Mollard. Ma tante est morte de peur, appréhendant de voir verser du vin au lieu de larmes. Moi j'ai essayé d'accorder ma femme avec un domestique qui se faisait passer pour sa mère et passer son ombrelle pour un parapluie. Vous dire ce qu'elle avait l'air d'une vraie tour pointue. Voilà six mois qu'on me bourre la tête avec cela. Il y a de quoi se graisser les mains et les chaussures jusqu'à ce que tout le monde ait vu clair et sache comprendre que M. Loubet a besoin d'un ridicule. Le parapluie, c'est moi. Le ridicule c'est ma belle-mère, car M. Loubet ne peut sortir une fois sans embrasser la sienne. Pour me faire un marché, il faut la terre, l'eau et la lumière électrique ; comme cela, s'il fait du vent, on ne verra pas la poussière dans l'eau et la marchandise. Mais l'on verra de beaux abatis qui sentiront moins fort que le garçon boucher des halles...

Il est à remarquer que si le fond de ce récit est absolument incohérent, la forme en est très correcte, le papier propre, les lignes très régulières et sans ratures, l'écriture ferme, nette, plutôt élégante.

Ajoutons que D... ramasse et collectionne tout ce qu'il trouve sous sa main, chiffons, épingles, morceaux de papier, dont il emplit ses poches ou qu'il fixe à ses vêtements. Il déchire son linge et ses habits, arrache tous ses boutons, enlève la visière de sa casquette, met ses souliers comme des savates, est toujours absolument débraillé.

Très tranquille, il passe son temps à errer sans but dans la cour ou reste assis sur son banc quelque temps qu'il fasse. Il ne manifeste jamais aucun sentiment affectif. En un mot, on peut le considérer comme un véritable dément (juin 1899).

Depuis lors, cet état démentiel n'a fait que s'accroître. La tenue du malade est encore plus négligée et plus malpropre. Il est tranquille, indifférent ; souvent il cause seul à mi-voix ; par intervalles, il refuse de répondre lorsqu'on lui adresse la parole et se renferme dans un mutisme absolu. Le plus ordinairement il répond ; mais son discours, de plus en plus incompréhensible, n'est qu'une suite de mots disparates, sans aucune signification (*Wortsalat*). Par exemple : « Félix Faure avait une effusion d'un ménagement du sang dans un comptoir d'escompte de vaporisation. » S'il s'exprime d'une façon inintelligible, D... semble cependant comprendre encore les paroles qu'on lui adresse, car il exécute convenablement et sans hésitation les actes commandés.

L'état physique est toujours excellent.

Novembre 1903. — Le malade est en état de démence complète ; il ne répond plus aux questions qu'on lui pose, passe sa journée assis dans un coin, sans parler, sans réagir à rien. Sa mémoire paraît nulle, son attention est très diminuée. Il est insensible à tout. Son indifférence est typique. Rien ne l'émeut, il vit sans se soucier de rien : il collectionne toujours.

Observation XII (*Inédite*)

Del..., 27 ans, entre le 4 août 1900.

Le malade se présente à nous l'œil narquois, appuyé contre un arbre. Il regarde fixement celui qui l'interroge, d'un regard fixe, autoritaire. Un clignotement incessant agite ses paupières ; de temps en temps ses lèvres frémissent, son muscle frontal se contracte.

Il se dresse devant nous et commence à soliloquer d'une façon monotone : « Vous serez bouffé à Suresnes, à midi moins le quart exactement ; je vous dis que vous serez bouffé ». Ces mots, ces phrases stéréotypées, reviennent constamment dans ses discours, qui sont d'ailleurs très peu variés. Il parle de surveillants, de chefs, de tramways, mais constamment reviennent ces mots : « Vous serez bouffé dans dix minutes, exactement ; je vous dis que vous serez bouffé ».

En même temps sa figure grimace quelque peu ; il porte constamment sa main à sa tête et à son cou. C'est un tic qui se répète très fréquemment.

Le malade n'est pas capable de soutenir une conversation suivie. Il ne répond pas aux questions qu'on lui pose ; parfois un des mots prononcés éveille en son esprit une idée par association ou par simple assonance. Il ne sait pas son nom, ni son âge, ni où il est, ou du moins il ne répond pas à ces questions. Lorsque par hasard il y répond il dit : « Je ne m'appelle pas Delalande ; j'ai 18 ans ».

Le malade a fréquemment des petites phases d'excitation pendant lesquelles il déclame beaucoup plus que d'ordinaire et

pendant lesquelles il se laisse aller à quelques violences. Un certain jour il a même fait une tentative de suicide, obéissant, disait-il, à une suggestion.

Les phrases qui composent ses soliloques ne sont qu'un assemblage bizarre de mots, une salade de mots (Wortsalat).

Aucune idée suivie ne peut y être décelée, il saute d'une idée à une autre avec la plus grande désinvolture.

Le malade est peu docile : il est plutôt négativiste. Il obéit difficilement aux ordres qu'on lui donne et même il fait le plus souvent le contraire de ce qui lui est ordonné.

Si on veut le conduire à un endroit quelconque de la cour, il s'oppose à tout mouvement, se raidit et résiste avec opiniâtreté.

Son indifférence émotionnelle est des plus nettes. Rien ne l'intéresse, rien ne l'émeut. Il voit tout d'un œil tranquille, avec le plus grand calme. Il ne réagit devant rien. Il ne manifeste jamais aucun sentiment affectif.

Son attention paraît également fortement atteinte. Il est extrêmement distrait. Il obéit à toutes les suggestions qu'il reçoit du dehors. Tous les objets qui tombent sous son regard, tous les bruits qu'il entend l'occupent.

Mais il ne peut fixer son attention que bien peu de temps sur un même sujet, sur un même objet.

D'ailleurs son attention est sans cesse accaparée par tous ces mots sans suite qu'il répète sans cesse.

Sa mémoire paraît fortement atteinte. Il a l'air assez désorienté, mais c'est là plutôt une apparence qu'une réalité : il ne répond pas, où il répond mal aux questions qu'on lui pose parce qu'il est très distrait, parce qu'il est sans cesse occupé par son soliloque. Il sait cependant le nom des objets qu'on lui

présente, car de temps en temps, il prononce dans son monologue le nom des objets qu'on lui a fait voir.

Le malade paraît avoir peu de volonté. S'il résiste opiniâtrement à un ordre, il l'exécute si l'on insiste, si on le lui ordonne plusieurs fois. Sa tenue est négligée ; il n'a aucune initiative, passe ses journées dans l'oisiveté la plus complète. Il ne lit pas, ne se tient au courant d'aucun événement du dehors.

Cette indifférence émotionnelle n'a pas été sans frapper les auteurs et Masselon dans sa thèse dit que la disparition d'affectivité et d'indifférence émotionnelle, sont des signes pathognomoniques de la démence précoce.

Absurdité de l'attitude par rapport au contenu intellectuel.

Ces malades que nous venons d'étudier, paraissent pour la plupart des déments complets. Leur attitude étrange, leur tenue négligée, malpropre, le manque d'expression de leur regard, leur absence de réaction psychique, leur mutisme, leur indifférence complète ne semblent pas permettre de les placer au-dessus des autres déments (paralytiques généraux par exemple). Mais pour bien les connaître, il faut pour ainsi dire vivre avec eux. Il faut les observer longtemps et à un moment donné on est surpris de les voir parler d'un événement récent, d'un souvenir ancien. Ce fait se produit surtout à l'occasion d'une émotion vive, d'une visite imprévue, d'un événement extraordinaire, ou

bien encore à la suite d'un interrogatoire plus ou moins prolongé.

Ainsi D... dont nous avons relaté l'observation à propos de l'indifférence émotionnelle un jour qu'on l'interrogeait avec insistance se met tout à coup à parler de l'accident du Métropolitain, parle de la fumée des 84 victimes, dans un langage étrange en se servant de phrases hachées, à construction bizarre... Ce malade qui paraissait dément au suprême degré, qui paraissait ne vivre que de la vie végétative s'est révélé tout autre... son contenu intellectuel était bien plus considérable que ne pouvait le faire prévoir son attitude.

De même R... dont l'observation a été donnée plus haut à propos des stéréotypies, connaît très bien sa géographie, son histoire. Il n'est nullement désorienté, sait qu'il est à Bicêtre et cependant son attitude contraste singulièrement avec ce bagage intellectuel.

En un mot, chez ces malades il y a un contraste frappant entre la vie représentative et émotive et l'attitude ; et ce contraste ne fait que mieux ressortir le caractère élémentaire, automatique, démentiel de la plupart de ces actes qui leur sont familiers et que nous avons examinés dans les chapitres précédents.

Observation XIII (*Inédite*)

H..., dément précoce, est entré dans le service du Dr Séglas, le 21 décembre 1901, à l'âge de 22 ans.

Ses antécédents héréditaires ne paraissent pas chargés, d'après les dires de la mère. Mais une de ses sœurs a été inter-

née à Villejuif, pendant 6 mois, à la suite d'un chagrin d'amour, et 7 autres frères sont morts de convulsions.

Quoique chétif, son enfance s'est passée de manière à peu près normale. C'était un garçon intelligent, qui remportait des succès en classe. Il était doux de caractère, aimait beaucoup la lecture.

Tout paraissait chez lui normal quand en 1896 il contracte la fièvre scarlatine. Au cours de cette fièvre il eut du délire, délire qui diminua un peu à la convalescence, mais n'en persista pas moins et eut ensuite des recrudescences.

Ce délire fébrile fut caractérisé par de l'agitation. Il se levait, courait dans la cour, avait les yeux hagards.

Après sa maladie il essaya de travailler à son bureau comme auparavant mais il ne faisait rien de bien, dit la mère. Il était sans courage, sans volonté. Cet anéantissement fut sans cesse grandissant. Il n'avait plus aucune force, aucune initiative. Il était brisé, restait des journées entières sur une chaise sans proférer une parole.

Bientôt il refusa les aliments parce qu'il croyait qu'on voulait l'empoisonner. Il n'accusait personne, ne spécifiait rien. Il avait aussi d'autres idées de persécution, mais idées assez vagues, peu précises. Il disait : « on monte la guillotine et l'on va guillotiner quelqu'un. » Il se plaignait aussi de fréquents maux de tête.

Puis à cette phase de dépression succéda une phase d'agitation. Il voulait se tuer : « ma position est perdue, disait-il ; je n'arriverai plus à rien. » Il ne faisait que pleurer.

A ce moment, c'est à-dire deux ans après le début de son affection mentale, sa mère se décida à le placer à Bicêtre.

Là, il resta d'abord trois mois sans proférer une parole, sans réagir d'aucune façon.

Quelque temps après survint une période de rémission. Il se mit à manger, à parler un peu. Il répondait aux questions qu'on lui posait, rendait des services, aidait les infirmiers.

A cette phase de rémission a succédé l'état actuel du malade. Il a commencé à monologuer et ce symptôme s'est exagéré ensuite.

Aujourd'hui la caractéristique de ce malade c'est la soliloquie.

Toute la journée, il cause seul à haute voix, sans se soucier des gens qui l'écoutent.

Si on l'observe, on voit qu'il tient une conversation dans laquelle il se parle à lui-même, en se désignant par son nom et en se tutoyant. Ces discours spontanés sont incohérents ; il y parle de François Coppée, Drumont, Henry Rochefort, de sa mère, d'une voisine, de Satyre Menippée, de satires politiques, d'insultes qui s'adresseraient à lui. Et ce monologue est toujours le même. Il ressasse indéfiniment les mêmes idées de persécution, les mêmes phrases, les mêmes mots : « M. Drumont voudrait te faire subir les derniers outrages, mais jamais tu n'y consentiras. Tu n'es pas une femme, etc. »

Bien souvent son discours est incompréhensible, du moins depuis quelque temps, car jadis, il exprimait des idées de persécutions très nettes et son langage était logique. Aujourd'hui ses phrases sont le plus souvent composées d'idées ne se reliant pas les unes aux autres, idées toujours identiques à elles-mêmes et en très petit nombre.

Quand on lui adresse la parole il répond, puis il repart, souvent même sans achever sa phrase, dans son monologue inter-

minable, en s'interpellant lui-même à la troisième personne.

Cette deuxième partie du discours continue la réponse à notre question sous une autre forme.

Ce soliloque perpétuel s'accompagne de *tics*, de gestes, de mouvements de colère.

Parmi ces *gestes* il en est de *stéréotypés*.

Par exemple, il lève le bras gauche en agitant la main devant la poitrine à la hauteur de la clavicule droite. Et ce geste se répète incessamment.

Le bras droit reste immobile, la main sur le genou.

En même temps, le malade tourne la tête du côté droit, et penche un peu la figure vers la terre.

La soliloquie est ponctuée par des rires automatiques et une grimace spéciale avec projection de la mâchoire inférieure en avant, exagérant encore son prognathisme naturel, et une sorte de grincements de dents.

Si pendant qu'il soliloque, une personne qui ne fait pas partie de son entourage s'approche de lui, il se tait et son monologue à voix haute est remplacé par un frémissement des lèvres et des sortes de soupirs répétés à quelques secondes de distance.

Il n'est pas négativiste, obéit aux ordres qu'on lui donne, mais il est d'une docilité remarquable. Il se laisse conduire là où on veut, et comme l'on veut.

Son attention est peu soutenue, mais néanmoins il remarque ce que l'on fait et en parle ensuite dans ses monologues.

Sa mémoire est excellente. Il se souvient avec précision des faits antérieurs à son entrée, de ce qui s'est passé dans le service, de son âge, de son domicile, de sa date de naissance, de

sa date d'entrée. Il a la mémoire des lieux, de la distance. Il n'a jamais eu de désorientation.

Il y a cependant chez lui une certaine diminution du nombre des représentations verbales, ou plutôt il n'emploie plus qu'un nombre très petit de vocables qui reviennent sans cesse dans ses discours. Il est probable qu'en même temps les éléments de la pensée ont diminué parallèlement de nombre.

Ce malade est aussi intéressant par son apathie, par son engourdissement intellectuel, par son indifférence émotionnelle. Lui qui autrefois aimait sa mère, l'insulte et la frappe quelquefois, lorsqu'elle vient lui rendre visite, (dans ses phases d'excitation) et le plus souvent, reste absolument indifférent devant les marques d'amitié qu'elle lui montre.

Sa volonté paraît aussi considérablement diminuée. Il ne manifeste jamais aucun désir, ne demande jamais à sortir, ne résiste à rien, et est éminemment suggestible.

Chez lui aussi, un fait frappe, c'est l'absurdité de l'attitude par rapport au contenu intellectuel. A le voir soliloquer avec gestes stéréotypés à l'appui, à l'entendre psalmodier les mêmes phrases incompréhensibles, on serait tenté de croire qu'il est aussi dément qu'on peut l'être, et cependant, si on l'interroge, on s'aperçoit tout de suite que son contenu intellectuel est encore assez étendu, qu'il dispose de beaucoup de souvenirs, de beaucoup de connaissances, mais qu'il ne peut pas s'en servir.

Au point de vue physique, on trouve peu de choses.

Le regard est vague, les yeux assez mobiles. Sa tête oscille de droite à gauche, sans but, à ce qu'il semble ; il est impossible de lui faire fixer quelque temps le même objet. Pas de signe d'Argyll-Robertson, pas d'anesthésie conjonctivale.

Il présente un léger tremblement des doigts et de la langue.

Les réflexes sont exagérés, surtout le patellaire, le tricipital et l'achilléen.

Le signe de Babinski existe en flexion.

La sensibilité à la douleur est nette : le malade présente plutôt un léger degré d'hyperesthésie. A la température et au tact, elle est normale.

Il présente quelques troubles vaso-moteurs ; ses extrémités digitales sont cyanosées.

Son lobule est adhérent, il présente un prognathisme très accentué de la mâchoire inférieure.

Observation XIV (*Inédite*).

T... Ferdinand, 44 ans, est entré à Bicêtre le 8 mai 1891.

Ses antécédents héréditaires sont chargés. La mère, très mystique, bigote, ne savait pas gérer sa fortune. Elle donnait tout à l'église et au Sacré Cœur, et s'est ruinée ; elle fut d'ailleurs interdite à 70 ans.

Le père est mort à 38 ans de consommation.

Trois cousins germains du malade sont morts fous.

C'était un enfant très nerveux, ayant souvent des accès de colère.

Il reçut une très bonne éducation, était très bon, très charitable, donnait souvent ses vêtements à un pauvre dans la rue. Il était lui-même très dévot.

Après son baccalauréat qu'il passa à Lille, il entra à la Trésorerie générale du Nord où il resta pendant six ans.

Il se maria. A ce moment-là il paraissait normal. Il parlait

et raisonnait très bien, mais il était d'une mollesse sans égale, coquet, passait deux heures à sa toilette. Il était très oisif et s'enivrait fréquemment. Il était trop fier pour solliciter un emploi et aussi trop timide.

Bientôt il se plaignit d'être fatigué. Il restait alors des journées entières *anéanti* dans un fauteuil, sans proférer une parole, sans s'occuper de rien. Il était dans une sorte de stupeur.

Un jour on vint lui annoncer qu'il était ruiné, parce que sa mère avait tout dépensé. Il fallut alors vendre la maison et travailler.

Ce fait le troubla beaucoup et depuis ce temps il resta absolument oisif, sans courage, sans initiative. Il ne comprenait pas qu'il fallait travailler, il finit ainsi de dépenser ce qu'il avait dans l'oisiveté.

Cela dura ainsi jusqu'à 30 ans, tantôt absolument anéanti, en pleine dépression, tantôt semblant recouvrer quelque courage.

Puis il commit des actes extravagants.

Il dit qu'il s'absentait pour une heure ou deux, on ne le retrouva pas au rendez-vous qu'il avait fixé.

Des voisins l'avaient vu s'enfuir comme s'il avait peur. Il prit le train sans argent et on le retrouva dans une église, les genoux en sang, son pantalon déchiré. Conduit à l'hôpital, il se montra méchant, voulait égorger la sœur.

Au bout de huit jours l'excitation tomba, mais il n'avait plus de raisonnement, et ne le retrouva jamais.

En 1890, il vint à Paris et commit de nouveau des actes bizarres. Il dansait dans la rue. Carnot, prétendait-il, était l'amant de sa femme et il voulait lui faire son affaire. Il prétendait aussi qu'on lui disait que son mariage était un acte

d'hostilité contre la République, parce qu'il avait concordé avec les élections législatives.

Il présentait des idées de persécution assez vagues.

Aujourd'hui il est complètement dément. On le voit parcourir la cour à grands pas en soliloquant avec véhémence. Ses monologues sont très variés. Il parle de Napoléon III, des hommes politiques surtout, de sciences, d'art, d'anatomie, de son bureau de Lille, du Louvre. Mais une idée domine dans ses discours c'est la politique, Carnot, Félix Faure. Ses propos sont méchants au plus haut point, sans aucune suite. Il accompagne son monologue de gestes bizarres et de tics. Constamment il met sa main à la hauteur de sa poitrine, l'index étendu les quatre autres doigts pliés dans la paume et agite ainsi son bras avec énergie. En même temps il tourne la tête en arrière et s'arrête pour soliloquer. Il répète ce tic à chaque phrase qu'il émet. Ses discours eux-mêmes sont stéréotypés. Toutes les phrases ou du moins presque toutes commencent de la même façon : « Ah ! je sais.... Ah ! je sais.... Ah ! je comprends ».

Sa façon de marcher est aussi particulière : Il ne marche jamais d'un bout à l'autre de la cour, jamais il ne la parcourt en longueur, mais il chemine en décrivant des sinuosités entre les arbres, revient constamment sur ses pas, s'arrête souvent pour répéter les mêmes phrases, accompagnées des mêmes tics.

Il porte constamment sous son bras une serviette renfermant des vieux journaux, des papiers. Si on lui demande ce que c'est que cela : il répond que c'est le rapport journalier.

Il s'occupe lorsque le temps est mauvais à trouver des chiffres, des nombres comme il dit. Ce travail consiste à aligner dans les colonnes des journaux quelques chiffres à la suite les uns des autres.

Sa mémoire paraît moins atteinte. Il se souvient des faits passés de ses années d'étude à Lille, de ses examens. Il sait son nom, son âge, l'année, le mois, le jour. Il sait qu'il est à Bicêtre, parle souvent de ses collègues d'autrefois, cite des mots latins et grecs, parle de Napoléon III, de Sedan, de théologie, etc...

Il fait attention à ce qu'on fait, s'intéresse à ce qu'on lui montre, nomme généralement l'objet qui lui est présenté, mais vite reprend son monologue.

C'est un malade docile, très malléable, on le conduit là où l'on veut. Sa volonté est par cela même diminuée, sinon abolie.

Il ne demande jamais à sortir, nè veut rien, n'exige rien.

L'indifférence émotionnelle est chez ce malade un symptôme très net. Il prend la vie, comme elle vient. Il se laisse vivre. Il est insensible à tout ; il ne parle jamais de ses parents, de ses amis que d'une façon indifférente.

Il se tient bien, est propre et correctement vêtu ; il se boulotte avec soin et relève toujours le bas de son pantalon. Il est poli et salue le visiteur qui s'approche de lui.

Pas de signes physiques dignes de remarque.

Episodes vésaniques.

Entre temps, la vie du dément précoce est entrecoupée de phases délirantes et d'épisodes vésaniques.

Pendant un certain temps, le malade peut mener une vie apparemment normale. On le voit se promener tranquillement, d'un air calme ; il peut même s'occuper à diverses choses (travail manuel, lecture des

journaux). Vient-on à lui adresser la parole, il répond d'un air calme, d'une façon plus ou moins sensée.

Mais brusquement ce calme peut disparaître. Le malade entre alors dans une phase d'excitation souvent extrême, caractérisée par des gestes désordonnés, des cris, des verbigérations.

Le délire peut revêtir les formes les plus diverses (idées de persécution, de grandeur). Souvent il s'accompagne d'hallucinations, le plus souvent auditives, quelquefois visuelles ou psycho-motrices verbales.

Cet état peut durer plus ou moins longtemps ; puis à cette phase d'excitation peut succéder une phase de dépression.

Dans bien des cas, ces idées délirantes, ces épisodes vésaniques ressemblent étrangement à ceux de la paralysie générale ; les idées délirantes sont tout aussi absurdes, tout aussi incohérentes. C'est que dans la démence précoce comme dans la paralysie générale, elles reposent sur un fond dementiel primitif et tous les épisodes vésaniques reflètent la déchéance intellectuelle primitive fondamentale.

Démence terminale.

Nous avons vu le dément précoce entrer dans sa maladie par une phase de stupeur ou d'anéantissement, accompagnée de ces signes spéciaux que nous avons étudiés plus haut ; nous l'avons vu envahi par les tics, les stéréotypies, les monologues, l'échopraxie, le nég-

tivisme, le **maniérisme**. Nous l'avons vu passer de la dépression à l'excitation, de l'excitation à la catalepsie, au milieu d'un délire polymorphe avec hallucinations fréquentes. Nous avons aussi vu ses facultés atteintes déjà au début, baisser peu à peu, sa mémoire s'altérer, son jugement faiblir, sa volonté, son attention diminuer.

Cet état peut durer plus ou moins longtemps. Les alternatives que nous venons de décrire peuvent se succéder pendant 10, 15, 20 ans. Cependant, pour l'examineur attentif, le dément précoce baisse de plus en plus. Sans doute, il peut mettre longtemps à arriver à la démence complète, mais il n'en est pas moins certain que sa mémoire altérée disparaît presque avec l'attention qui devient nulle. Le malade ne juge plus, ne raisonne plus, ne fait plus aucun effort, parce qu'il n'en est plus capable. Son indifférence devient extrême. Il passe ses jours dans l'apathie la plus complète, rien ne l'intéresse, rien ne l'émotionne. Il ne répond plus aux questions qu'on lui pose ou bien ses réponses ne signifient rien, n'ont aucun rapport avec la demande. Plus de manifestations intellectuelles : le malade est même incapable de suffire spontanément aux actes de la vie journalière.

A un degré plus avancé, il n'y a plus que la vie végétative. Tel est R... (obs. III) dont nous rapportons l'observation. Il ne connaît plus ni son âge, ni son nom, ni la date de sa naissance, ni le lieu où il se trouve. D'ailleurs il ne répond que par un grognement sourd aux questions qui lui sont posées. Il ne s'occupe

à rien sinon à collectionner des cailloux, des papiers sans valeur. C'est un dément complet.

Observation XV (*Inédite*)

R. entre à Bicêtre le 30 juin 1888. On n'a aucun renseignement sur sa famille ni sur lui-même.

On l'a trouvé dans la rue entouré par des gamins : il faisait des extravagances, soliloquait et accompagnait ses discours de gestes étranges.

Le malade vu à ce moment (1888) est dans une sorte de stupeur. Il ne répond à aucune question posée, conserve la même attitude pendant un temps très long. Il refuse de dire son nom. De temps en temps, il s'agite et fait quelques mouvements bizarres, quelques grimaces.

Dans le service, il parle très peu, est assez docile, mais ne répond que bien rarement aux questions qu'on lui pose ; il vient lorsqu'on prononce son nom.

Examen en août 1903.

R... se place devant nous. Son attitude est assez spéciale. Il reste immobile sur sa chaise, les yeux baissés, en même temps que la tête est tournée vers la gauche et légèrement inclinée du même côté. Ses mains sont placées sur ses deux genoux. Ses yeux sans expression sont constamment tournés du côté gauche ; sa face grimace sans cesse : le front se plisse, se déplisse, les ailes du nez se relèvent, ses yeux clignent, ses lèvres frémissent. Tout ces tics sont très fréquents, se répètent incessamment.

De temps en temps, le malade secoue la tête en même temps qu'il prononce quelques paroles inintelligibles.

Il parle incessamment et son soliloque s'accompagne de gestes bizarres (grimaces, frottements des mains). Il porte constamment sa main sur sa tête, frotte ses cheveux, et cela toutes les minutes au moins.

Son attention est très diminuée ; il ne s'occupe plus de ce qui se fait autour de lui ; aucun bruit ne le fait tourner la tête, à moins que l'on prononce son nom.

Son indifférence est caractéristique. Il ne s'intéresse à rien, ne lit aucun journal, ne parle jamais à ses compagnons, passe sa vie dans un coin obscur de l'hôpital, généralement en tenant un journal ou un papier entre ses mains que d'ailleurs il ne lit pas et ne peut lire à cause de l'obscurité.

Sa mémoire paraît nulle ; il paraît ne se souvenir ni de sa vie passée, ni de son nom, ni de son métier. Quand on l'interroge à ce point de vue, il ne répond que par des paroles incompréhensibles, une sorte de bredouillage qu'il accompagne de grimaces.

Son raisonnement, son jugement sont nuls ; il paraît complètement désorienté : il ne sait ni d'où il vient, ni où il se trouve.

Il présente aussi comme nous venons de le dire des troubles du langage. Lorsqu'on l'interroge, il essaie de répondre, mais il ne prononce que des mots sans suite et pour la plupart difficiles à comprendre. Nous avons déjà signalé sa soliloquie.

Il est très docile et n'oppose aucune résistance. Il se laisse conduire là où l'on veut, sans murmurer, sans protester ; il vient dès qu'on l'appelle.

Sa volonté est nulle. Il ne demande rien, ne réclame rien, est incapable d'aucune décision.

Au point de vue des signes physiques, il présente peu de

choses. Nous avons déjà signalé ses gestes bizarres, ses tics, ses grimaces, ses attitudes figées (inclinaison de la tête, frottement des mains). Les réflexes tendineux sont un peu exagérés. Il ne présente pas le signe d'Argyll-Robertson.

Observation XVI (*Inédite*)

J. . . , 22 ans, entré à Bicêtre le 19 octobre 1901.

Ses antécédents héréditaires sont peu chargés. On ne trouve rien d'anormal dans la famille. Sa mère était cependant peu intelligente ; elle était extrêmement dévote et abrutissait son fils de recommandations stupides, de pratiques religieuses exagérées.

Il a fait ses classes au lycée de Versailles : il fut un élève moyen.

On le plaça chez un pâtissier, où il resta deux ans : il put apprendre ce métier de façon à gagner sa vie. Son patron remarqua qu'il avait des idées religieuses exagérées, puériles.

Au moment du conseil de revision, redoutant de se déshabiller, il se cacha dans la cour de l'hôtel de ville et ne se présenta pas. Il fut déclaré bon par absence. Il partit soldat, mais on le réforma au bout de deux mois pour faiblesse générale.

Deux mois après sa sortie du régiment il perdit son père qui mourut d'un cancer : cela le frappa beaucoup.

Il essaya cependant de se remettre au travail. Mais il n'était plus capable de rien. Il ne pouvait plus travailler ; il passait des journées entières dans une chaise, paraissant anéanti.

Examiné le 27 mai 1903, le malade se présente à nous dans une attitude assez raide. Il est assis. Sa tête est penchée en avant, ses yeux grands ouverts fixent le sol à quelque distance : ses mains fermées reposent sur ses cuisses. Ses genoux et ses

pieds sont étroitement rapprochés, position qu'il gardera pendant tout le temps qu'on l'interroge. Par instants, on remarque un rire explosif et narquois ; il marmotte quelques mots intelligibles, se pince les lèvres comme s'il s'efforçait de ne pas rire. Puis tout à coup il souffle brusquement.

On remarque chez lui un peu d'échokinésie, d'ailleurs inconstante. Il reproduit à l'état d'ébauche les gestes qu'on répète plusieurs fois devant lui.

Lorsqu'on lui met le bras dans une certaine position, il le maintient ainsi, puis l'abaisse au bout de quelques instants (fausse catalepsie).

Il prend volontiers les attitudes de la station dans lesquelles on le met : il s'immobilise et ne remue guère que la tête et les yeux, qu'il soit debout ou assis.

La façon de parler n'a rien de particulier : son langage est incohérent, fait de réminiscences.

Il parle par association de mots par ressemblance.

— Connaissez-vous la mélancolie, les névralgies, les hémorrhagies, les paralysies ? dit-il tout à coup.

On lui demande s'il est paralysé.

— Pas paralysé, mais pas grande différence, répond-il. On dit des fois l'aveugle et le paralytique. Vous ne connaissez pas l'aveugle. Puis il se met à raconter la fable. Il affirme avoir vu cela sur une grammaire à Versailles. On le lui a fait apprendre, mais pas en vers, car c'est plus difficile. Dans les vers il y a les numéros. « C'est plus inextinguible. »

Il dit encore qu'il est en études, pas philosophiques, mais en dogme.

— A quoi pensez-vous toute la journée ?

— A rien.

De fait, dans la journée, il ne s'occupe à rien. Il reste assis ou couché sur un banc, parfois à terre, dans un état d'inactivité complète. Il faut parfois aller le chercher pour l'emmener déjeuner ou dîner.

Au point de vue de la mémoire, elle est fort atteinte : il se souvient de sa date d'entrée à Bicêtre (oct. 1901) mais il se trompe sur la date actuelle il se croit au 3 février 1903.

Il sait qu'on est venu le voir il y a deux semaines, que sa mère est venue ainsi qu'Alfred, mais jamais il n'en parle le premier. Il a perdu toute activité.

C'est un malade très docile, aboulique.

Ce qui frappe surtout chez lui c'est l'anéantissement l'apathie, la lenteur de ses réponses.

Sa sensibilité est normale. Ses réflexes sont également normaux. Pas de signes pupillaires. Pas de troubles trophiques. Les extrémités sont un peu froides.

La démence précoce est donc bien une démence puisque non seulement nous constatons chez tous nos malades et cela dès le début des signes de déchéance intellectuelle, mais encore puisqu'elle aboutit à la démence complète, d'une façon plus ou moins rapide.

C'est qu'en effet sa marche n'est pas la même dans tous les cas.

Dans beaucoup de cas, elle est progressive et revêt une allure presque insidieuse, sans épisodes aigus graves.

Peu à peu, les facultés intellectuelles s'affaiblissent, la mémoire, l'attention s'altèrent ; la volonté diminue et le malade entre dans la démence sans avoir présenté

de grands épisodes aigus. La déchéance arrive progressivement, s'accroît de plus en plus et les facultés intellectuelles finissent par disparaître presque entièrement.

Dans d'autres cas, le début est pour ainsi dire imprécis. L'entourage avait remarqué chez le malade quelques bizarreries, quelques attitudes étranges, une altération passagère des facultés. Mais, en somme, le malade n'était pas considéré comme un aliéné. Puis, tout à coup, survient un épisode aigu, délire souvent très actif avec hallucinations, idées de persécution ou de grandeur, période d'excitation ou de stupeur : c'est la débâcle.

A partir de ce moment, le malade devient un dément. Il ne sort pas intact de cette phase délirante ; il évolue vers la démence confirmée et cela plus ou moins vite.

Dans un troisième cas, la maladie procède par accès. Ces accès durent plus ou moins longtemps ; ils cessent et l'on parle de guérison. En réalité, cette prétendue guérison n'est qu'une simple rémission qui pourra se reproduire une ou plusieurs fois.

Entre temps, certains peuvent considérer le malade comme normal ; en réalité, ses facultés intellectuelles sont touchées. Il est facile de voir que son intelligence, sa mémoire, son attention, ont diminué. A chaque phase de délire, le cerveau subit pour ainsi dire un nouvel à-coup, et c'est peu à peu, très lentement, à travers beaucoup d'épisodes aigus, que le malade s'achemine vers la démence.

CONCLUSIONS

1° Les malades dits déments précoces, semblent bien constituer un groupe clinique.

2° La démence précoce est une forme particulière d'affaiblissement intellectuel acquis, un processus d'invololution psychique plus ou moins régulier, plus ou moins rapide mais aboutissant en dernier terme à la démence confirmée.

3° L'*affaiblissement intellectuel* existe dès le début de la maladie ; il est *primitif* et constitue le fondement sur lequel se développent les différents symptômes qui tirent ainsi de leur origine des caractères particuliers.

4° Au premier rang de ces symptômes, il faut placer les *grimaces*, les *tics*, les *stéréotypies*, le *maniérisme*, le négativisme, l'empêchement psychique.

5° Ils se manifestent alors comme des *phénomènes psychiques élémentaires* sans motivation logique dans la conscience du sujet, comme des manifestations purement automatiques d'emblée, telles qu'on en observe chez les déments ou même chez les idiots.

6° Les symptômes suivent une marche progressive, parallèle à celle de l'affaiblissement psychique, mais le plus ordinairement, ils apparaissent dès le début de la maladie avec les mêmes caractères décelant ainsi le fond de démence primitif sur lequel ils reposent.

7° L'absurdité de l'attitude ou des actes, l'indifférence émotionnelle, le contraste avec le côté représentatif de la vie psychique, constituant encore des particularités symptomatiques spéciales.

8° Tous les symptômes plus ou moins prononcés s'observent même dans les périodes de rémission, suffisantes pour permettre le retour du malade dans sa famille.

9° Bien qu'il s'agisse de formes démentielles très différentes, on pourrait, au point de vue de la seule subordination des symptômes, établir un parallèle entre la démence précoce et la paralysie générale, dans laquelle la démence (tout en étant d'une autre forme) existe dès le début, constitue le fondement de la maladie et imprime aux symptômes de détail des caractères suffisamment nets, pour qu'ils puissent permettre de diagnostiquer non seulement une démence, mais la démence paralytique.

Vu : le président de la thèse.

BRISSAUD

Vu : le Doyen

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

Pour le Vice-Recteur

l'Inspecteur de l'Académie.

BOMPARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Kahlbaum.** — Die Gruppierung der psychischen Krankheiten. Danzig, 1863.
- Kraepelin.** — Psychiatrie.
- Griesenger.** — Traité des maladies mentales, 1865.
- J. Séglas.** — *La Paranoïa* (Archives de Neurologie).
- Hecker.** — *Du hébéphrénie* (Archiv. für Path. Anat.), 1871.
- Schule.** — Handbuch der Psychiatrie, 1878.
- Falret.** — Société médico-psychologique, 1866.
- Kahlbaum.** — *Ueber die Katatonie oder das Spasmus Irresein.*
- Westphall.** — (*Ueber die Verrücktheit*), 1877 (All Zeit. f. Psych).
- Brosius.** — *Der Katatonie* (Zeitschrift für Psychiatrie) Bd., 33, V-VI, p. 771).
- Rust.** — *Ueber die Katatonie* (Inaug. Diss. Berlin).
- Rebs.** — *Ein Fall von Katatonie*, 1877.
- Jeusen.** — *Die Katatonie* (Encycl. zur Wessench und Kunste).
- Deny et Roy.** — *Démence précoce*, 1902.
- Von Rinecker.** — *Ueber die Bedeutung der Helephrenie* (All Zeit. f. Psychiatrie, Bd., 37, S. 570).
- Tamhuruci.** — *Siella Catalonia*, 1886.
- G. Ballet.** — Traité de médecine, 1894. *Psychoses.*
- Brissaud et Lamy.** — *Attitudes cataleptiques chez un brightique délirant.*

Séglas et Chaslin. — *La catatonie*, 1888. Arch. de Neurologie,
T. XV.

Nanomoff. — *Katatonies* (Arch. de psych., T. VII, 1891).

Kraepelin. — *Zur Diagnose und Prognose die Dementia præcox*,
(All. Z. f. Psych. Bd., 56, p. 255).

Masselon. — *Psychologie des déments précoces*, 1902.